

**Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θέμα:** Η κοινωνιολογική και θρησκευτική θεώρηση της άμβλωσης. Οι απόψεις των νοσηλευτών και των σπουδαστών νοσηλευτικής σχετικά με το πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.



**Σπουδάστριες :** Νικολούλη Ελένη  
Μπιμπέρη Ανδριάννα

**Υπεύθυνος Καθηγητής:** Αγγελάκης Εμμανουήλ

**Ηράκλειο Μάιος 2005**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:**

### **Κεφάλαια θεωρητικού μέρους:**

#### **Πρόλογος**

- 1. Ανατομία και φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος**
- 2. Περιγραφή των τεχνικών της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει**
- 3. α) Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης  
β) Το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρα μας  
γ) Το νομικό καθεστώς που ισχύει σε άλλες χώρες**
- 4. Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική.**
- 5. Η θεολογική και κυρίως η χριστιανική άποψη για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης**
- 6. Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων και των κινημάτων για την ελευθερία της γυναίκας**

**Ανάπτυξη και σχολιασμός των ερευνητικών δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα:**

#### **Εισαγωγή**

#### **Σκοπός**

#### **Υλικό-Μέθοδος**

#### **Αποτελέσματα**

#### **Συμπεράσματα**

#### **Επίλογος**

#### **Βιβλιογραφία**

## Πρόλογος :

Το πρόβλημα της άμβλωσης αποτελεί σημείο σύγκρουσης και διαπληκτισμού ήδη από την αρχαιότητα, γεγονός που αποδεικνύεται από διάφορες ιστορικές μαρτυρίες. Το ζήτημα αυτό αποτελεί αντικείμενο της κοινωνιολογίας, της θρησκείας, των ιατρικών επιστημών, των νομοθετών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατύπωση των σχετικών νόμων. Ιδιαίτερα σήμερα η αντιπαράθεση εντείνεται καθώς οι αμβλώσεις, στην ελληνική πραγματικότητα τουλάχιστον, αποτελούν καθημερινότητα, ενώ ενισχύεται ο αντίλογος εναντίον τους.

Από τη μία πλευρά έχουμε απόψεις που υποστηρίζουν ότι η ζωή της γυναίκας θα πρέπει να υπερισχύει αυτής του εμβρύου. Από την άλλη πλευρά, έχουμε απόψεις άκρως διαφορετικές, οι οποίες υπεραμύνονται της ζωής του εμβρύου. Μέσα σε αυτήν την πολύπλοκη κατάσταση βρίσκονται οι νοσηλεύτές και οι σπουδαστές νοσηλευτικής, οι οποίοι οφείλουν να διαμορφώσουν την προσωπική τους άποψη όσο το δυνατόν πιο ευσυνείδητα, ώστε να ασκούν τα καθήκοντά τους με επαγγελματισμό και παράλληλα να διατηρούν το σεβασμό προς τον στον εαυτό τους και τους συναθρώπους τους.

# **Κεφάλαια Θεωρητικού Μέρους**

# Κεφάλαιο Πρώτο

Ανατομία και φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.

## Στοιχεία ανατομίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και των σχετικών με την αναπαραγωγή οργάνων.

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας απαρτίζεται από ένα σύνολο οργάνων, τα οποία ενώ εκτελούν διαφορετική λειτουργία το καθένα συνεργάζονται έτσι ώστε να φέρουν εις πέρας την κύρια αποστολή τους : την αναπαραγωγή. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε δύο ομάδες :εξωτερικά και εσωτερικά που χωρίζονται μεταξύ τους από τον παρθενικό υμένα ή από τα υπολείμματα του, τα μύρτα .Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο και τα εσωτερικά από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

### Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα.



Το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων της γυναίκας σχηματίζει το αιδοίο. Η βάση του αντιστοιχεί στην ηβική πτυχή, οι πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και η κορυφή του στο περίνεο. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης ,τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους Bartholin αδένες, τους βολβούς του πρόδομου, το έξω στόμιο της ουρήθρας, τους παραουρηθρικούς αδένες και τον παρθενικό υμένα.

### Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης :

Είναι μια τριγωνική περιοχή της οποίας η βάση αντιστοιχεί στην ηβική αύλακα ή πτυχή και η κορυφή της προς τα κάτω καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Το δέρμα του εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και μέχρι την προηβική ηλικία είναι άτριχο. Δύο χρόνια περίπου πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρήσεως αρχίζει να παρουσιάζεται η χαρακτηριστική τρίχωση του. Το εφηβαίο χαρακτηρίζεται από την άθροιση άφθονου υποδόριου ιστού που

διασχίζεται από ινώδεις δεσμίδες. Αποτελεί έναν από τους δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου.

### **Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου :**

είναι δύο δερματικές υποστρόγγυλες πτυχές, οι οποίες αποτελούν τα πλάγια όρια του. Στη μέση γραμμή εφάπτονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Αποτελούνται από δέρμα, λιπώδη και συνδετικό ιστό, ως και μερικές δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Το δέρμα στην εξωτερική τους επιφάνεια έχει τρίχες και μοιάζει με το δέρμα του οσχέου, ενώ στην εσωτερική είναι άτριχο, λείο και ροδαλό. Το δέρμα τους είναι πλούσιο σε σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στη μετάπτωση τους, στο εφηβείο προς τα εμπρός και στο περίνεο προς τα πίσω, σχηματίζουν μεταξύ τους τον *πρόσθιο* και *οπίσθιο σύνδεσμο* τους.

### **Τα μικρά χείλη :**

βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη και ξεχωρίζουν από αυτά με τη *μεσοχείλια αύλακα*. Η εσωτερική επιφάνεια τους ξεχωρίζει από τον παρθενικό υμένα με την *νυμφοϋμενική αύλακα*. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν δερματική πτυχή, την πόσθη της κλειτορίδας, ενώ τα οπίσθια άκρα ενώνονται και σχηματίζουν το *χαλινό*. Αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Μεταξύ του χαλινού και του παρθενικού υμένα βρίσκεται ένα εντύπωμα ο *σκαφοειδής βόθρος*. Το δέρμα τους είναι πολύ λεπτό και μοιάζει με βλεννοϋμένα και έχει μόνο σμηγματογόνους αδένες.

### **Η κλειτορίδα :**

είναι μικρό σπυραγγώδες όργανο που αντιστοιχεί σε ένα υποτυπώδες πέος . Βρίσκεται στην επάνω γωνία του τριγώνου που σχηματίζουν τα μικρά χείλη και καλύπτεται ολόκληρη από την πόσθη. Αποτελείται από δύο σπογγώδη σώματα, τα σκέλη που στη πορεία τους προς τα πάνω ενώνονται και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας που καταλήγει σε μια πάχυνση τη βάλανο. Έχει μήκος 3-4cm. Είναι νευροβριθές και αγγειβριθές όργανο.

### **Ο πρόδομος του κόλπου :**

είναι η περιοχή μεταξύ των μικρών χειλέων η οποία εκτείνεται προς τα πάνω ως το χαλινό της κλειτορίδας και προς τα κάτω ως το χαλινό των μικρών χειλέων. Σε αυτήν την περιοχή του εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας όπως και οι πόροι των βαρθολίνειων αδένων. Εκεί βρίσκεται και ο παρθενικός υμένας.

### **Οι βαρθολίνειοι αδένες :**

βρίσκονται δεξιά και αριστερά του σκαφοειδούς βόθρου, παράγουν βλέννη η οποία εκκρίνεται στον πρόδομο του κόλπου με τον εκφορητικό τους πόρο που καταλήγει δίπλα στον παρθενικό υμένα.

### **Οι βολβοί του προδόμου :**

Λίγο πιο πάνω από την ουρήθρα ενώνονται μεταξύ τους και εξαφανίζονται βαθμιαία κάτω από την κλειτορίδα. Το κατώτερο τμήμα τους βρίσκεται σε στενή επαφή με τους βαρθολίνειους αδένες.

### **Οι παραουρηθρικοί αδένες :**

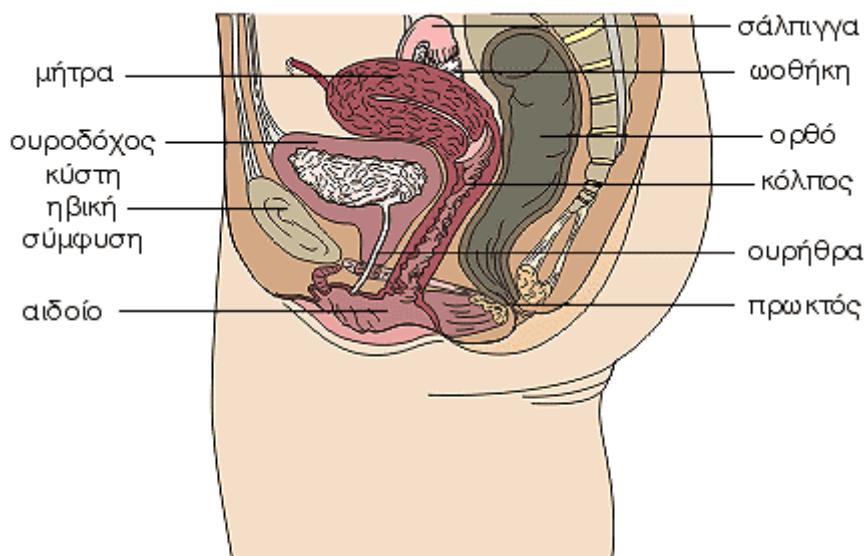
Είναι πολυάριθμες κρύπτες που βρίσκονται γύρω από την ουρήθρα. Οι δύο μεγαλύτεροι από τους αδένες αυτούς ονομάζονται αδένες του Skene.

### **Ο παρθενικός υμένας :**

Είναι μια πτυχή από συνδετικό ιστό, η οποία καλύπτεται στη κοιλική της επιφάνεια από πολύστοιβο πλακώδες και στην αιδοική της από κυλινδρικό επιθήλιο. Εμφανίζει ποικιλία ως προς το πάχος, την ελαστικότητα και τον αριθμό, το σχήμα και το μέγεθος των τρημάτων του. Έτσι διακρίνεται σε ηθμοειδή, μηνοειδή, δακτυλιοειδή, κροσσωτό, δίθυρο, άτρητο, ελαστικό, ινώδη κ.λπ.



## Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα.



### Ο κόλπος ή κολεός :

Είναι ένα σωληνώμορφο όργανο μήκους 9-11cm. Το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο, η ενδοκολπική μοίρα του οποίου σχηματίζει με τον κόλπο μία κυκλοτερή αύλακα, το θόλο, ο οποίος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο και στους δύο πλάγιους. Αποτελείται από τρεις χιτώνες :τον ινώδη εξωτερικά, το μυϊκό και το βλεννογόνο. Ο βλεννογόνος εμφανίζει πτυχές που τεντώνουν στον τοκετό και αυξάνουν την χωρητικότητα του κόλπου. Το επιθήλιο του είναι πολύστριβο πλακώδες. Ο βλεννογόνος του δεν έχει αδένες. Το έκκριμα του προέρχεται από τους τραχηλικούς και βαρθολίνειους αδένες και είναι όξινο λόγω των βακτηριδίων του Doderlein που κατοικούν φυσιολογικά στον κόλπο μαζί με άλλα μικρόβια.

### Η μήτρα :

είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο σε σχήμα αχλαδιού και αποτελεί το μεγαλύτερο από τα γεννητικά όργανα. Έχει μήκος 6-8cm και βάρος 42-70g. Κατά την κύηση έχει την ικανότητα να μεγαλώνει τόσο πολύ ώστε η χωρητικότητά της να αυξάνεται από 3,5cm.

*Η μήτρα χωρίζεται σε τρία μέρη :*

- Τον πυθμένα που αποτελεί το ανώτερο τμήμα της προς τα αριστερά και δεξιά καταλήγει σε μια γωνία η οποία ονομάζεται κέρασ.
- Το σώμα που αποτελεί το μεσαίο τμήμα της.
- Τον τράχηλο που αποτελεί το κατώτερο τμήμα της και χωρίζεται από το σώμα με τον ι σ θ μ ό. Χωρίζεται στην υπερκολπική και ενδοκολπική μοίρα. Περικλείει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα, την ενδοτραχηλική η οποία έχει δύο στόμια το εσωτερικό προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα κάτω.

*Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες :*

Τον ορογόνο, ο οποίος καλύπτει εξωτερικά όλη τη μήτρα εκτός από τα πλάγια χείλη της.

Το μυϊκό (μυομήτριο) που αποτελείται από τρεις στοιβάδες λείων μυϊκών ινών.

Το ενδομήτριο (βλεννογόνος) αποτελείται από το επιθήλιο, τους αδένες και το χόριο ή στρώμα τα οποία έχουν εκκριτική δραστηριότητα.

### **Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί :**

Είναι δύο σωλήνες που αρχίζουν από τα κέρατα της μήτρας και καταλήγουν στα πλάγια τοιχώματα της πυέλου.

Έχουν τέσσερις μοίρες :

Την ενδοτοιχική ή διάμεση, το αρχικό τμήμα μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Τον ισθμό, το επόμενο αρχικό τμήμα.

Τη λήκυθο όπου διεξάγεται η γονιμοποίηση του ωαρίου.

Ο αυλός των σαλπίγγων εκβάλλει προς τα μέσα στην κοιλότητα της μήτρας και προς τα άκρα στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι σάλπιγγες παραλαμβάνουν το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία από την ωοθήκη και με τις περισταλτικές του κινήσεις το οδηγεί προς την μήτρα. Στη λήκυθο γίνεται η γονιμοποίηση.

### **Οι ωοθήκες :**

Είναι δύο αμυγδαλωτοί σχηματισμοί, κρεμώμενοι εκατέρωθεν της μήτρας από το οπίσθιο τμήμα του πλατέως συνδέσμου, από μια πτυχή του το μεσοωθήκιο.

Αποτελούνται από δύο ουσίες :

Τη μυελώδη (κέντρο) που είναι πλούσια σε αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία.

Τη φλοιώδη (περιφέρεια) στην οποία αναπτύσσονται τα ωοθυλάκια. Καλύπτεται από το βλαστικό επιθήλιο.

Οι ωοθήκες είναι υπεύθυνες για την παραγωγή ωαρίων και την έκκριση ορμονών στο αίμα για τη ρύθμιση του κύκλου.

## Γεννητικός κύκλος

### Νευρο-ορμονική ρύθμιση :

Κύριος ρυθμιστής όλων των ενδοκρινών αδένων είναι η υπόφυση ,η οποία πάλι λειτουργεί με την επίδραση ορμονικών παραγόντων που εκκρίνει ο υποθάλαμος.

### Υποθάλαμος :

Από τον υποθάλαμο εκκρίνονται ορμονικές ουσίες (εκλυτικοί παράγοντες Releasing factors) που μεταφέρονται στην αδενούποφυση (πρόσθιος λοβός υπόφυσης), την διεγείρουν και εκκρίνει τις γοναδοτροπίνες ,την θυλακιοτρόπο (FSH) και την ωχρινοτρόπο (LH). Η προλακτίνη (PL) ρυθμίζεται με την άρση της έκκρισης από τον υποθάλαμο ενός ανασταλτικού παράγοντα ,του PIF (Prolactin Inhibiting Factor).

### Υπόφυση :

*Αδενούποφυση :* Εκκρίνει μια σειρά ορμονών η οποία ρυθμίζει την αύξηση του σώματος (αυξητική ορμόνη GH) και τη λειτουργία των περιφερικών ενδοκρινών αδένων, όπως του θυρεοειδούς (θυρεοειδοτρόπος TSH), των επινεφριδίων (φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ACTH) και της ωοθήκης (γοναδοτροπίνες). Η FSH διεγείρει τα ωοθυλάκια, προκαλεί την ωρίμανση τους και μικρή έκκριση οιστρογόνων. Η LH προκαλεί την κύρια σύνθεση και έκκριση οιστρογόνων από το ωοθυλάκιο που συγχρόνως ωριμάζει μέχρι τη φάση της ωοθυλακιορρηξίας. Ακολουθώς, εξασφαλίζει την ωχρινοποίηση και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου. Συγχρόνως προκαλεί την έκκριση προγεστερόνης από αυτό αλλά και οιστρογόνων. Η PL δρα κυρίως στο μαζικό αδένιο ο οποίος ρυθμίζει την παραγωγή και την έκκριση του γάλατος. Όμως θεωρείται ότι έχει γοναδοτρόπο δράση, ότι δηλαδή ανταγωνίζεται την έκκριση της FSH.

*Νευροϋπόφυση :* Ο οπίσθιος λοβός της υπόφυσης εκκρίνει κυρίως την αντιδιουρητική ορμόνη ή αγγειοπιεσίνη (νεφρά) και την ωκυτοκίνη η οποία δρα στους γαλακτοφόρους πόρους και βοηθά στην έκκριση του

γάλατος, αλλά κυρίως στη μήτρα στην οποία προκαλεί σύσπαση των μυϊκών ινών κατά τον τοκετό.

*Παλίνδρομη αλληλορύθμιση:* Η έκκριση των ορμονών του υποθαλάμου και της αδενούπόφυσης υπόκειται σε αλληλοεπιδράσεις με το μηχανισμό της παλίνδρομης ρύθμισης (feed-back). Ο μηχανισμός αυτός στηρίζεται στην ιδιότητα των ορμονών της περιφέρειας, δηλαδή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης να παρουσιάζουν ανασταλτική δράση στα κέντρα που προκάλεσαν την έκκριση τους. Έτσι αύξηση των οιστρογόνων προκαλεί αναστολή έκκρισης της RHLH και της FSH (αρνητική ρύθμιση). Παρατηρείται και το αντίθετο φαινόμενο δηλαδή μικρές δόσεις περιφερικών ορμονών, π.χ. οιστρογόνων, διεγείρουν τον υποθάλαμο και την υπόφυση και αυξάνουν την έκκριση της RHLH και της LH (θετική ρύθμιση).

### **Προ γενετησιακή περίοδος και ήβη**

Με την έναρξη της ήβης αυξάνει η έκκριση της θυλακιοτρόπου ορμόνης η οποία αρχικά δρα στα ωοθυλάκια με αποτέλεσμα την ωρίμανση τους και ην έκκριση οιστρογόνων.

*Το ωοθυλάκιο. Ωρίμανση.* Τα ωοθυλάκια βρίσκονται στη φλοιώδη ουσία των ωοθηκών ήδη από την εμβρυϊκή ζωή της γυναίκας και φτάνουν τις 150.000 περίπου για κάθε ωοθήκη. Αποτελούνται από ένα ωάριο που περιβάλλεται από επιθηλιακά κύτταρα και ονομάζονται πρωτογενή. Όταν αυξάνεται η έκκριση της FSH τα πρωτογενή ωοθυλάκια αλλάζουν. σχηματίζεται η *θήκη* γύρω από το ωοθυλάκιο ενώ τα επιθηλιακά κύτταρα σχηματίζουν περιφερειακά την *κοκκώδη στοιβάδα*. Συγχρόνως σχηματίζεται μια κοιλότητα μέσα στην οποία βρίσκεται το ωάριο, κατά συνέπεια σχηματίζεται το ώριμο ωοθυλάκιο. Σε κάθε κύκλο ωριμάζει συνήθως από ένα. Κατά τη γενετησιακή περίοδο της γυναίκας 400-500 πρωτογενή ωοθυλάκια μεταλλάσσονται σε ώριμα. Με την επίδραση των οιστρογόνων επέρχεται η έναρξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου. Το σπουδαιότερο όμως σημείο της ήβης είναι η έναρξη της εμμηνου ρύσεως που κυμαίνεται χρονικά μεταξύ του 10<sup>ου</sup> και 16<sup>ου</sup> έτους ηλικίας.

## Γενετησιακή περίοδος.

Κατά την περίοδο αυτήν αναπτύσσονται πλήρως και λειτουργούν τα γεννητικά όργανα της γυναίκας με την περιοδική έκκριση των γεννητικών ορμονών, την ωοθυλακιόρρηξία και την εμμηνορρυσία.

*Ωοθυλακιόρρηξία:* Η έκκριση των οιστρογόνων αυξάνει, παράλληλα όμως έχουν αντίθετη δράση στην υπόφυση με αποτέλεσμα να αναστέλλουν την έκκριση της θυλακιοτρόπου ορμόνης, ενώ έχει αρχίσει ήδη η έκκριση της ωχρινοτρόπου. Το ώριμο ωοθυλάκιο ρήγνυται και εξέρχεται το ωάριο. Η διαδικασία αποτελεί την ωοθυλακιόρρηξία και επαναλαμβάνεται κάθε μήνα 14 περίπου ημέρες από την εναρκτήρια ημέρα της εμμηνου ρύσεως. Η γυναίκα θεωρείται γόνιμη ακριβώς τις ημέρες αυτές, δηλαδή από τη 12<sup>η</sup> έως τη 18<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου της.

*Ωχρό σωματίο:* Η ωχρινοτρόπος ορμόνη δρα στα υπολείμματα του ραγέντος ωοθυλακίου και τα μετατρέπει σε ωχρινικά με την εναπόθεση μιας κίτρινης ουσίας. Ο νέος σχηματισμός καλείται ωχρό σωματίο και εκκρίνει μια νέα ορμόνη την ωχρίνη. Λειτουργεί 14 ημέρες και αν δεν γονιμοποιηθεί το ωάριο, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται και σχηματίζει το λευκό σωματίο.

*Κύκλος:* Η περιοδική έκκριση της FSH, των οιστρογόνων και μετά της LH ρυθμίζει τον γεννητικό κύκλο, του οποίου αρχή θεωρείται η έναρξη μιας εμμηνου ρύσης και τέλος η αρχή της επόμενης.

Χωρίζεται σε δύο φάσεις : α) την παραγωγική (ωοθυλακιόρρηξία) και β) την εκκριτική. Αν δεν επέλθει ωοθυλακιόρρηξία η εκκριτική φάση παραλείπεται.

*Εμμηνορρυσία:* Όταν δεν επέρχεται γονιμοποίηση η δράση της LH αναστέλλεται, η έκκριση της προγεστερόνης μειώνεται βαθμιαία και δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της ωχρινικής επίδρασης αποκολλάται το υπερτροφικό ενδομήτριο (του οποίου η πάχυνση παρατηρείται κατά την παραγωγική φάση) εκτός της βασικής του στοιβάδας. Στην 28<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου περίπου επισυμβαίνει έμμηνος ρύση.

# **Κεφάλαιο Δεύτερο**

**Περιγραφή των τεχνικών και των επιπλοκών από την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.**

## **Εκτρώσεις:**

**Έκτρωση** ή αποβολή του κήματος καλείται κάθε διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα .Οι εκτρώσεις διακρίνονται σε αυτόματες και τεχνητές.

**Αυτόματη έκτρωση** ονομάζεται η διακοπή της κύησης, που γίνεται χωρίς ιατρική επέμβαση πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα, δηλαδή πριν από την εποχή που το κύημα μπορεί να είναι βιώσιμο.

**Τεχνητή έκτρωση** καλείται η διακοπή που προκαλείται από ιατρική επέμβαση.

Η συχνότητα εμφάνισης αυτόματων εκτρώσεων κυμαίνεται μεταξύ του 10-12 % επί του συνόλου των κύησης κι ένα ποσοστό 75 % από αυτές συμβαίνει πριν από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα. Η πραγματική συχνότητα όμως των αυτόματων εκτρώσεων φαίνεται ότι είναι ακόμη μεγαλύτερη αφού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις πολύ πρώιμων εκτρώσεων, που δεν προφταίνουν να δώσουν συμπτωματολογία κύησης και εκτρώσεως (υποκλινικές μορφές).

### **Μορφές των εκτρώσεων :**

Ανάλογα με την κλινική εικόνα οι εκτρώσεις ταξινομούνται στις πιο κάτω κατηγορίες :

**Ατελής έκτρωση**

**Τελεία έκτρωση**

**Κατά συνήθεια εκτρώσεις** ονομάζονται εκείνες που επαναλαμβάνονται επανειλημμένα σε μία γυναίκα και περισσότερο από τρεις φορές.

**Θεραπευτική ή τεχνητή έκτρωση** τέλος ονομάζεται η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που εκτελείται από γιατρό ή μαία για θεραπευτικούς ή κοινωνικούς λόγους.

### **Ενδείξεις :**

Είναι η τεχνητή διακοπή της κύησης που γίνεται για ιατρικούς, κοινωνικούς ή οικονομικούς λόγους (άμβλωση). Διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μήτρας ή του εμβρύου αποτελούν τις ιατρικές ενδείξεις για θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης. Η θεραπευτική έκτρωση γίνεται σε περιπτώσεις που η κύηση επιβαρύνει την επισφαλή ήδη υγεία της μητέρας, όπως σε μη αντιρροπούμενες καρδιοπάθειες, βαρείες μορφές φυματίωσης, καρκίνος του μαστού ή των γεννητικών οργάνων, νεφροπάθειες, ψυχοπάθειες κ.ο.κ. Επίσης γίνεται σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζεται σοβαρό ενδεχόμενο βλάβης του κύηματος, όπως η διαπίστωση με τον προγεννητικό έλεγχο της υπάρξεως μεσογειακής αναιμίας, τρισωμίας ή άλλων σοβαρών γενετικών ή βαρειών σωματικών ανωμαλιών ή από εξωτερικούς παράγοντες, όπως σε ακτινοβολία, ερυθρά κ.ά. καταστάσεις που επέδρασαν στην έγκυο. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ενδείξεις τεχνητής διακοπής της κύησης.

Η εκτέλεση τεχνητής έκτρωσης για κοινωνικούς λόγους έχει κατά τα τελευταία χρόνια επεκταθεί σημαντικά, επειδή στην έκφραση αυτή είναι δυνατόν να δοθεί άλλοτε άλλης ευρύτητας έννοια. Η κατάχρηση που παρατηρείται σε μερικές χώρες στην εφαρμογή της τεχνητής εκτρώσεως σε κάθε μη επιθυμητή εγκυμοσύνη έχει οδηγήσει σε αύξηση των διαφόρου μορφής και βαρύτητας επιπλοκών της επεμβάσεως αυτής με συνέπειες καταστρεπτικές όχι τόσο για την ζωή των γυναικών αλλά κυρίως για την μελλοντική τους ικανότητα να συλλάβουν ή και να φέρουν σε πέρας μια μελλοντική κύηση.

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου η τεχνητή έκτρωση για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους έχει αντιμετωπισθεί νομοθετικά ώστε η εγκληματική έννοια της επεμβάσεως τείνει να εξαλειφθεί σήμερα. Από το 1986 με το Νόμο 1609 έχει αποποινικοποιηθεί και στην Ελλάδα με ορισμένες προϋποθέσεις.

### **Διάγνωση και παρακολούθηση :**

Η διάγνωση του είδους της εκτρώσεως και η παρακολούθηση της απειλούμενης μορφής της γίνεται με την κλινική εξέταση, τον ορμονικό προσδιορισμό και τον υπερηχογραφικό έλεγχο.

**Κλινική εξέταση :** Το ιστορικό (κύκλος), τα συμπτώματα, το μέγεθος της μήτρας, η κατάσταση του τραχήλου βοηθούν στην αρχική διάγνωση του είδους της εκτρώσεως.



**Ορμονικός προσδιορισμός :** Ο προσδιορισμός των οιστρογόνων και της πρεγνανδιόλης στα ούρα, της οιστριόλης και του HPL στο αίμα καθώς και της χοριακής γονιδοτροπίνης (HCG) δίνει στοιχεία για την κατάσταση του πλακούντα και τη λειτουργική ακεραιότητα της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας. Τα οιστρογόνα και η πρεγνανδιόλη αντικατοπτρίζουν την λειτουργικότητα της μονάδας σε όλη τη διάρκεια της κύησης, η HCG στα πρώιμα στάδια (μέχρι τον 3<sup>ο</sup> μήνα) και του HPL στα όψιμα στάδια της κύησης. Επομένως για την διάγνωση ή την παρακολούθηση της αποβολής συνιστάται ο προσδιορισμός των οιστρογόνων, της πρεγνανδιόλης και κυρίως της HCG.

### **Τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης:**

Οι διάφοροι τρόποι που μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή της εγκυμοσύνης κατατάσσονται ως εξής :

#### **I. Χειρουργικοί**

A. Απόξεση που γίνεται :

1<sup>ο</sup>) σε ένα χρόνο για τις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης.

2<sup>ο</sup>) σε δύο χρόνους για κύσεις ηλικίας 12 με 16 εβδομάδων.

3<sup>ο</sup>) σε δύο χρόνους για κύσεις ηλικίας 20 μέχρι τελευταίων εβδομάδων.

B. Υστεροτομία

#### **II. Φαρμακευτικοί**

A. Ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

B. Ενδαμνιακή χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων.

Γ. Χρησιμοποίηση προσταγλανδινών.

Δ. Χορήγηση αμμωνίας.

E. Ενδοκαρδιακή χορήγηση Digoxin.

ΣΤ. Χορήγηση Mifepristone.

Z. Χορήγηση Methotraxate.

H. Το "χάπι της επόμενης ημέρας".

## **Χειρουργικοί Μέθοδοι τεχνητής διακοπής της κύησης :**

### **Απόξεση :**

Απόξεση είναι μια χειρουργική επέμβαση που σκοπό έχει την αφαίρεση του κυήματος μέσα από την κοιλότητα της μήτρας και περιλαμβάνει δύο στάδια. Το στάδιο της *διαστολής του τραχήλου* και το στάδιο της *εκκενώσεως της μήτρας* ή της κυρίως αποξέσεως.

Σαν χειρουργική επέμβαση είναι αρκετά επικίνδυνη, γιατί είναι η μοναδική ίσως επέμβαση που γίνεται στον οργανισμό του ανθρώπου, στα τυφλά, χωρίς τη βοήθεια της οράσεως, αλλά με μοναδικό οδηγό την αίσθηση της κοιλότητας της μήτρας που έχει ο γιατρός ο οποίος πραγματοποιεί αυτή την επέμβαση. Οι προϋποθέσεις για να περιοριστούν οι κίνδυνοι που επιφυλάσσει η έκτρωση είναι οι εξής :

- Γενική αναισθησία που θα εξασφαλίσει αναλγησία, χαλάρωση και ακινησία στη γυναίκα.
- Αυστηρή αντισηψία της περιοχής των γεννητικών οργάνων για να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες μεταφοράς μικροβίων μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.
- Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως για να επανέλθει η μήτρα στην κανονική τοπογραφική- ανατομική της θέση.
- Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση για να εκτιμηθεί το μέγεθος και η ανατομική θέση της μήτρας.

Η εγκυμοσύνη να μην υπερβαίνει τις 12 εβδομάδες, γιατί μετά από αυτή την ηλικία οι κίνδυνοι πολλαπλασιάζονται. Αν όμως η εγκυμοσύνη βρίσκεται μεταξύ της 12<sup>ης</sup> και 16<sup>ης</sup> εβδομάδας και αποφασισθεί η διακοπή της με απόξεση, τότε προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτή με μεγαλύτερη ασφάλεια, η διαστολή του τραχήλου επιβάλλεται να γίνει με τη συνδυασμένη χρησιμοποίηση των κηρίων του Hegar και των λαμιναρίων, ενώ η εκκένωση της μήτρας θα ακολουθήσει σε δεύτερο χρόνο.

### **Τεχνική Αποξέσεως(στις πρώτες 12 εβδομάδες) :**

Η απόξεση πραγματοποιείται διακολπικά και περιλαμβάνει, όπως έχει λεχθεί, δύο στάδια. 1<sup>ο</sup>) Της διαστολής του τραχηλικού αυλού και 2<sup>ο</sup>) της εκκενώσεως της μήτρας ή της κυρίας αποξέσεως.

Τις πρώτες 12 εβδομάδες η επέμβαση γίνεται σ' ένα χρόνο και δε διαρκεί περισσότερο από 5 λεπτά της ώρας.

#### **Διαστολή του τραχηλικού αυλού :**



Στην αρχή τοποθετούνται δύο μονοδοντωτές λαβίδες στον τράχηλο. Η συνεχής έλξη αυτών των λαβίδων στη διάρκεια της επεμβάσεως ακινητοποιεί τη μήτρα και αμβλύνει την τραχηλομητρική γωνία (κάμψη).

Πριν την έναρξη της διαστολής, γίνεται εκτίμηση του βάθους και της κάμψεως της μήτρας με την είσοδο σ' αυτήν ειδικής μητρομήλης. Η διαστολή του τραχηλικού αυλού στη συνέχεια πραγματοποιείται με τη χρησιμοποίηση σειράς αριθμημένων μεταλλικών κηρίων (Hegar) με σταθερά αυξανόμενο εύρος, έτσι ώστε το καθένα από αυτά να είναι μεγαλύτερο- σε διάμετρο- από το προηγούμενό του κατά μισό χιλιοστό. Τα κηρία έχουν επίσης μια κάμψη που τους επιτρέπει να προσαρμόζονται καλύτερα στην κάμψη της τραχηλομητρικής κοιλότητας, για να αποφεύγεται έτσι η διάτρηση της μήτρας. Η διαδοχική επομένως είσοδος των κηρίων αυτών στον τραχηλικό αυλό, εξασφαλίζει την προοδευτική και αβίαστη διαστολή του.

Η απαιτούμενη διαστολή θα εξαρτηθεί από την ηλικία της εγκυμοσύνης, και πρακτικά θα φθάσει σε τόσα χιλιοστά, (No κηρίου), όσα και οι εβδομάδες κύσεως. Η προετοιμασία της διαστολής του τραχήλου συμβάλλει στην ολοκλήρωση της διαδικασίας με ευκολότερο και γρηγορότερο τρόπο και μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών σε εγκυμοσύνες που έχουν συμπληρώσει τις 9 εβδομάδες. Είναι, όμως, ωφέλιμες για γυναίκες με ανωμαλίες στον τράχηλο, που έχουν υποβληθεί σε εγχειρήσεις στην ίδια περιοχή κατά το παρελθόν, νέες γυναίκες και αυτές με προχωρημένη εγκυμοσύνη που αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο τραχηλικού τραύματος ή διάτρησης της μήτρας που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία. Επίσης, συνίσταται για λιπόσαρκες γυναίκες που έχουν συμπληρώσει 9 εβδομάδες κύησης, για γυναίκες νεώτερες των 18 ετών και γενικά για όλες τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει τις 12 εβδομάδες κύησης. Παρά ταύτα, η διαστολή του τραχηλικού αυλού μειονεκτεί στο υψηλό κόστος και στο μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται.

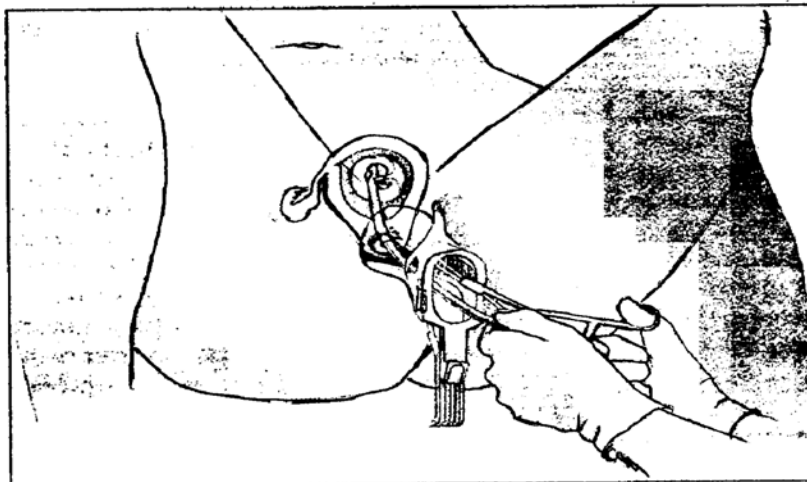
#### **Εκκένωση της μήτρας ή κυρίως απόξεση :**



Η εκκένωση της μήτρας γίνεται με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων που λέγονται ξέστρα. Τα ξέστρα είναι δύο ειδών. Τα κοινά ή οζέα που καταλήγουν σε

οξύ άκρο και τα αναρροφητικά που συνδέονται με αντλίες δημιουργίας κενού.

Οι σημερινές προτιμήσεις στρέφονται προς τα αναρροφητικά ξέστρα, γιατί η διάρκεια της επεμβάσεως και η απώλεια του αίματος είναι μικρότερη και γιατί είναι λιγότερο τραυματικά και λιγότερο επικίνδυνα για τη μετάδοση μικροβίων στην κοιλότητα της μήτρας. Η χρήση των κοινών ή οξέων ξέστρων περιορίζεται σήμερα στις βιοψίες του ενδομητρίου. Υπάρχουν διάφορα μεγέθη ξέστρων για την κάθε περίπτωση, ανάλογα με τη διαστολή του τραχήλου. Το κατάλληλο σε μέγεθος ξέστρο που θα χρησιμοποιηθεί, προωθείται μέσα στη μήτρα με μεγάλη προσοχή, μέχρις ότου το άκρο του φθάσει στον πυθμένα της. Στη συνέχεια το άκρο του ξέστρου σύρεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ξύνοντας όλη της την επιφάνεια, εστιάζοντας στο σημείο στο οποίο συναντά αντίσταση. Η ελάττωση του μεγέθους της μήτρας στο τέλος της επεμβάσεως, επιβεβαιώνει την αφαίρεση του κυήματος.



**DURING AN EARLY termination suction abortion, the cannula, held in the doctor's left hand, is inserted through the cervical canal into the uterus. The uterine contents are suctioned out through the cannula. With the right hand, the doctor is holding a tenaculum, a long tweezer-like clamp that helps stabilize the cervix during the procedure.**

### Απόξεση με αναρρόφηση.

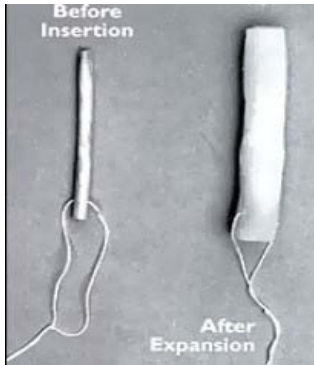


Λαμβάνει χώρα από την 6<sup>η</sup> έως την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Ο τράχηλος αναισθητοποιείται και διαστέλλεται. Ένας πλαστικός σωλήνας, το απορροφητικό ξέστρο, το οποίο μπορεί να είναι είτε μία σύριγγα που ο χειρισμός της γίνεται με το χέρι είτε ηλεκτρική αντλία, μεγάλης απορροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Με

αυτόν τον τρόπο τα υπολείμματα εξέρχονται του τραχήλου .

**Επιπλοκές:** Πιθανόν να παρουσιαστεί ρήξη του τραχήλου, φλεγμονή και διάτρηση ή τραυματισμός της μήτρας.

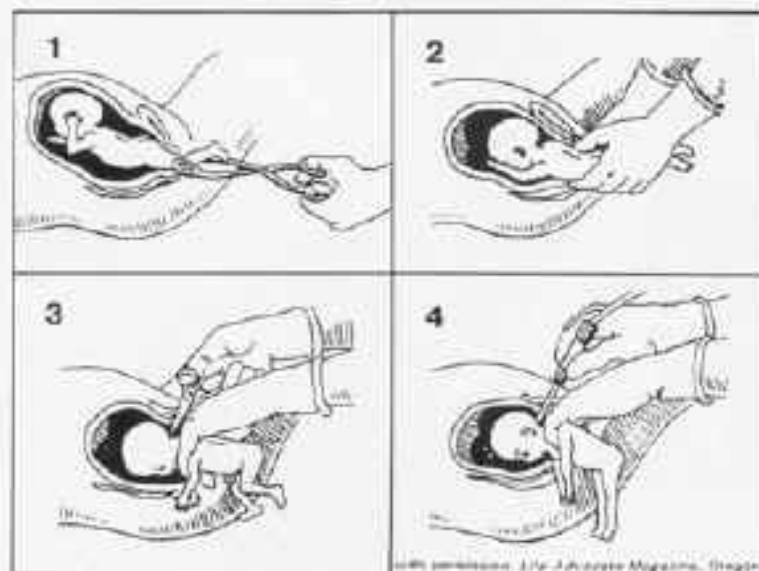
**Απόξεση για διακοπή εγκυμοσύνης μεταξύ 12<sup>ης</sup> και 16<sup>ης</sup> εβδομάδας :**



Αν η απόξεση αφορά εγκυμοσύνη ηλικίας 12 με 16 εβδομάδων, τότε για να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις, η διαστολή πραγματοποιείται με συνδυασμό των κηρίων του Hegar και ειδικών υδρόφιλων παραγόντων που προέρχονται από θαλάσσια φύκια και λέγονται λαμινάριες (*Laminaria digitata*). Οι λαμινάριες έχουν κυλινδρικό σχήμα και κατατάσσονται ανάλογα με τη διάμετρό τους σε τρία μεγέθη, δηλαδή το μικρό (3-5 mm), μέσο (6-8 mm) και μεγάλο (8-10 mm).

Στην αρχή της επεμβάσεως γίνεται μία μικρή διαστολή του τραχήλου, με τα κηρία του Hegar με προσοχή, για να αποφευχθεί η ρήξη των υμένων. Στη συνέχεια τοποθετείται στον τραχηλικό αυλό η κατάλληλη λαμινάρια με τέτοιο τρόπο που το κάθε άκρο της να εξέχει κατ' ελάχιστο από το έξω και έσω τραχηλικό στόμιο. Η λαμινάρια αφήνεται στον τράχηλο για 8-24 ώρες. Στο διάστημα αυτό, με την απορρόφηση των υγρών που κάνει, διογκώνεται και ταυτόχρονα διαστέλλει τον τραχηλικό αυλό. Μετά την αφαίρεση της λαμινάριας η διαστολή συμπληρώνεται - ευκολότερα πια – με τα κηρία του Hegar και ακολουθεί η εκκένωση της μήτρας όπως έχει ήδη περιγραφεί. Η μέθοδος αυτή αποτελεί επιλογή μόνο σε περίπτωση που δεν είναι θεμιτή η υιοθέτηση της απόξεσης με αναρρόφηση.

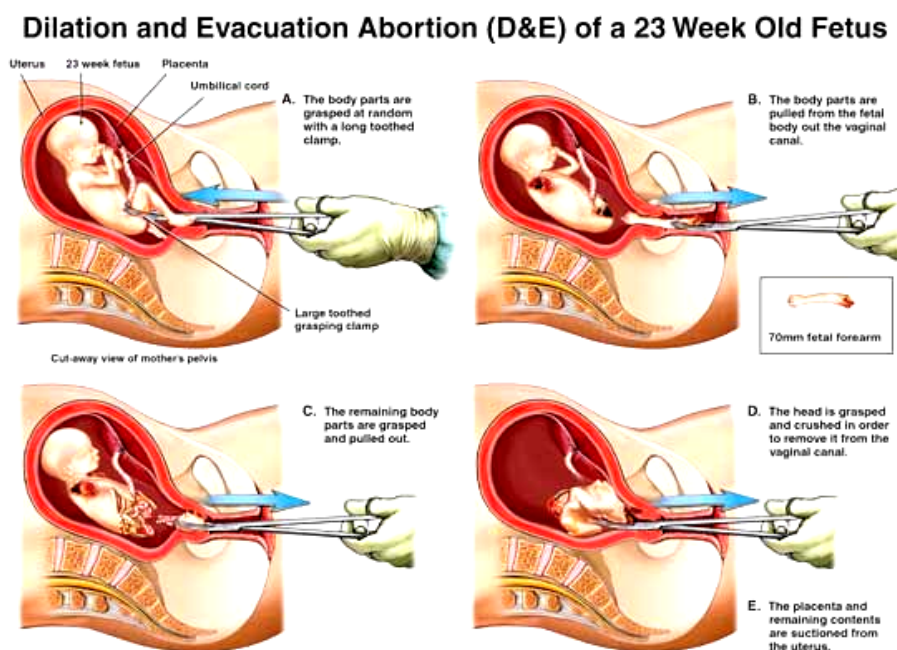
**Άθικτη διαστολή του τραχήλου και εξαγωγή, ή μερικής γέννησης άμβλωση (partial birth abortion).**





Ο συγκεκριμένος τύπος έκτρωσης επιλέγεται από τις 20 έως τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Η διαδικασία ξεκινά με τη διαστολή του τραχήλου για δύο ημέρες με τη χρήση λαμιναρίων ή τη χορήγηση προσταλαγδίνων. Την τρίτη ημέρα με τη βοήθεια υπερηχογράφου το έμβρυο εξέρχεται από τη μήτρα στο κόλπο, έτσι ώστε τα άκρα του να είναι έξω από αυτόν και μόνο το κεφάλι μέσα. Εν συνεχεία, εισάγεται στη βάση του κρανίου ένας καθετήρας αναρρόφησης, αφού έχει ήδη δημιουργηθεί μία οπή, ο οποίος εξωθεί τον εγκεφαλικό ιστό, προκαλώντας την συρρίκνωση του κρανίου με αποτέλεσμα την διευκόλυνση της εξαγωγής του εμβρύου.

### Τεχνική άμβλωσης τμηματικής γέννησης.



Ως αποτυχία πρόκλησης της ΤΕ, με τις παραπάνω μεθόδους που εφαρμόζονται σε δύο χρόνους, ορίζεται η κατακράτηση του κυήματος πέραν των 48 ωρών. Με το κριτήριο αυτό, το ποσοστό αποτυχίας των μεθόδων αυτών υπολογίζεται σε 5-20 %. Για τις περιπτώσεις αυτές, οι υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνουν : α) την επανάληψη της αρχικής μεθόδου, β) την επανάληψη της προσπάθειας με διαφορετική μέθοδο και γ) τη διενέργεια μικρής καισαρικής τομής ή υστεροτομής, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, στις οποίες απέτυχαν όλες οι προηγούμενες μέθοδοι. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η σωστή

αξιολόγηση και διευθέτηση των προβλημάτων που προκύπτουν αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την επιλογή της νέας τελικής μεθόδου, που θα πρέπει να εφαρμοσθεί. Μια λιγότερο δραστική μέθοδος για μια συγκεκριμένη ασθενή, είναι δυνατό να αποδειχθεί πολύ δραστική σε μια άλλη και αντίστροφα. Ο έμπειρος ιατρός θα πρέπει να επιλέξει με προσοχή τις περιπτώσεις εκείνες που προσφέρονται για την τυχόν εφαρμογή της ΤΕ σε ένα χρόνο. Εκείνο που έχει τεράστια σημασία είναι οι προσεκτικοί χειρισμοί, που θα ελαχιστοποιήσουν τους κίνδυνους της μαιευτικής λοίμωξης. Τις περισσότερες φορές, πραγματικός πιεστικός παράγοντας δεν είναι ο χρόνος της καθυστέρησης της πρόκλησης της ΤΕ, αλλά η πιεστικότητα του περιβάλλοντος και της ίδιας της ασθενούς.

### **Επιπλοκές :**

Η διάτρηση της μήτρας : μπορεί να συμβεί στη διάρκεια της διαστολής κυρίως ή κατά την εκκένωση της μήτρας. Οι συχνότερες αιτίες της διατρήσεως είναι ο κακός υπολογισμός της θέσεως της μήτρας και η απειρία του χειρουργού. Η διάτρηση γίνεται εύκολα αντιληπτή, γιατί το κηρίο ή το ξέστρο περνάει χωρίς εμπόδιο, και σε βάθος μεγαλύτερο από αυτό που αντιστοιχεί στην τραχηλομητρική κοιλότητα, μέσα στην κοιλιά της γυναίκας.

Εκτός από τη μήτρα, ενδέχεται να τραυματιστούν και άλλα όργανα της κοιλιάς, όπως είναι το έντερο, η ουροδόχος κύστη και ο ουρητήρας. Γι' αυτό όταν αναγνωρισθεί η διάτρηση, πρέπει να σταματήσει αμέσως η επέμβαση και να παρακολουθηθεί στενά η ασθενής για μερικές ώρες. Αν δε συμβεί μέσα σ' αυτό το διάστημα κάποια επιπλοκή που θα επιβάλλει λαπαροτομία, (αιμορραγία, τραυματισμός κοιλιακού οργάνου), τότε η επέμβαση επαναλαμβάνεται μετά 20περίπου ημέρες. Συνήθως δεν υφίσταται ανάγκη επέμβασης εκτός από χορήγηση αντιβιοτικών και παρακολούθηση. Συνήθως δεν υφίσταται ανάγκη επέμβασης εκτός από χορήγηση αντιβιοτικών και παρακολούθηση.

Η μεταφορά μικροβίων στις κοιλότητες της μήτρας και των σαλπίνγων, που μπορεί να προκαλέσει ενδομητρίτιδες και σαλπινγίτιδες, με δυσάρεστα επακόλουθα για τη γονιμότητα της γυναίκας.

Αποτυχημένη άμβλωση: αν μετά από την επίσκεψη παρακολούθησης (follow up) η εγκυμοσύνη συνεχίζεται, για την διακοπή απαιτείται εκκένωση με αναρρόφηση ή απόξεση δευτέρου τριμήνου.

Ατελής έκτρωση: αποτελεί ασύνηθες φαινόμενο κατά την αναρρόφηση όταν διενεργείται από εξειδικευμένους ιατρούς. Η παραμονή υπολειμμάτων κυήματος μετά την απόξεση δημιουργεί

μητρορραγία και ενδομητρίτιδα και σε αώτερο χρόνο ενδομητρικές συμφύσεις.

Όταν η απόξεση γίνεται βίαια και μάλιστα με οξέα ξέστρα, τότε είναι πιθανόν να τραυματιστεί ο βλεννογόνος του ενδομητρίου και να δημιουργηθούν έτσι ενδομητρικές συμφύσεις.

Η απότομη και μεγαλύτερη από το κανονικό διαστολή του τραχήλου, έχει σαν συνέπεια την ανεπάρκεια του τραχηλικού αυλού, που σημαίνει ότι η μήτρα αδυνατεί να φέρει σε πέρας μία επόμενη εγκυμοσύνη, αποβάλλοντας συνήθως το έμβρυο μετά τη 16η εβδομάδα.

Η ευαισθητοποίηση της Rhesus αρνητικής γυναίκας έναντι του παράγοντος Rhesus, σημαίνει απόκτηση αντι-Rhesus αντισωμάτων, τα οποία ενδεχομένως να δημιουργήσουν πρόβλημα σε μία επόμενη εγκυμοσύνη, αν το έμβρυο είναι Rhesus θετικό.

Η τοπική αναισθησία είναι ασφαλέστερη από την ολική. Όταν όμως επιλέγεται η ολική πρέπει να διενεργείται από καταρτισμένο προσωπικό.

### **Υστεροτομία ή μικρή καισαρική :**

Είναι μία σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του δευτέρου τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή, με μόνη διαφορά ότι οι τομές που γίνονται στο κοιλιακό τοίχωμα και στη μήτρα είναι μικρότερες. Η σχετικά όμως υψηλότερη νοσηρότητα, θνησιμότητα και το υψηλότερο οικονομικό κόστος που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση έναντι των άλλων μεθόδων διακοπής της εγκυμοσύνης περιορίζει σήμερα τη χρήση της, μόνο στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με απολίνωση των σαλπίγγων, για λόγους μόνιμης αντισυλληψεως.

### **Φαρμακευτικοί μέθοδοι για τη διακοπή της εγκυμοσύνης :**

#### **Ωκυτοκίνη :**

Η ωκυτοκίνη χορηγούμενη μόνη της στο 2<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης σπάνια θα προκαλέσει έκτρωση. Αν όμως συνδυασθεί με άλλους τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης, τότε συμβάλλει στην επιτάχυνση του χρόνου της αποβολής του κυήματος.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της ωκυτοκίνης είναι η ρήξη του τραχήλου, κυρίως όταν έχει προηγηθεί ενδαμνιακή έγχυση



προσταγλανδινών  $F_{2a}$ , και μεγάλη υπόταση που μπορεί να παρουσιάσει η ασθενής, ιδίως όταν η ωκυτοκίνη χορηγηθεί απότομα σε μεγάλες δόσεις. Για τους λόγους αυτούς χρησιμοποιούνται άλλες φαρμακευτικές ουσίες σ' αυτό το τρίμηνο.

### **Ενδαμνιακή χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων :**

Η ενδαμνιακή έγχυση υπέρτονων διαλυμάτων προκαλεί συστολές του μυομητρίου και διαστολή του τραχήλου με αποτέλεσμα την αποβολή του κηήματος. Ο μηχανισμός δράσεως αυτών των παραγόντων φαίνεται ότι σχετίζεται με την απελευθέρωση προσταγλανδινών από τις βλάβες που υφίσταται ο φθαρτός.

Τα κυριότερα υπέρτονα διαλύματα που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα είναι : α) NaCl (20-25%), και β) ουρία (30-40%).

Η χορήγηση υπέρτονου διαλύματος NaCl γίνεται ενδαμνιακώς τη 16<sup>η</sup> με 24<sup>η</sup> εβδομάδα της κύσεως, αφού προηγουμένως αφαιρεθεί μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού.

Οι συστολές του μυομητρίου αρχίζουν συνήθως λίγο μετά την έγχυση και μπορούν αυτές να ενισχυθούν με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

Οι επιπλοκές που αναφέρονται σ' αυτόν τον τρόπο διακοπής της εγκυμοσύνης είναι :

- Οι διάσπαρτες ενδαγγειακές θρομβώσεις.
- Η υπερνατριαιμία.
- Η αύξηση του όγκου του αίματος και η καρδιακή ανεπάρκεια.
- Η νέκρωση του μυομητρίου από την εξαγγείωση του διαλύματος μέσα στο τοίχωμά του και

Ατελής έξοδος του κηήματος που οδηγεί σε μητρορραγία και απαιτεί ως εκ τούτου χειρουργική αφαίρεση των υπολειμμάτων. Λόγω αυτών των επιπλοκών το διάλυμα NaCl άρχισε από το 1975 να αντικαθίσταται από το υπέρτονο διάλυμα της ουρίας (30-40%).

Η χρησιμοποίηση της ουρίας σε συνδυασμό με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης αποδείχθηκε επιτυχής, γιατί είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με το αλατούχο διάλυμα και επιπλέον έχει λιγότερες παρενέργειες.

### **Άμβλωση με αμμωνία.**

Αποτελεί εναλλακτική επιλογή από τα υπέρτονα διαλύματα και δρα με παρόμοιο τρόπο αν και είναι λιγότερο αποτελεσματικές γι' αυτό χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες ή και ωκυτοκίνη για

να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Συχνά όμως απαιτείται χειρουργική επέμβαση. Το διάλυμα της αμμωνίας εγχέεται στον αμνιακό σάκο και προκαλεί το θάνατο του εμβρύου. **Παρενέργειες:** Συνήθης είναι η αιμορραγία και σπάνια η ενδομητρίτιδα.

### **Αμβλωση με Digoxin.**

Αναφέρεται σε εγκυμοσύνες από 20 έως 32 εβδομάδες. Περιλαμβάνει την ενδοκαρδιακή έγχυση του Digoxin στο έμβρυο το οποίο και καταλήγει. Στη συνέχεια προκαλείται τοκετός με προσταγλανδίνες ενώ ο τράχηλος διαστέλλεται με λαμινάριες. Η όλη διαδικασία απαιτεί 4 ημέρες.

Οι παραπάνω μέθοδοι χρησιμοποιούνται κυρίως σε χώρες, στις οποίες δεν έχει επιτραπεί ακόμη η διακοπή της εγκυμοσύνης με τα νεότερα σκευάσματα που ακολουθούν.

### **Προσταγλανδίνες και τα παράγωγά τους :**

Από τα μέσα της δεκαετίας 1970-80, άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι προσταγλανδίνες –  $E_2$ ,  $F_{2a}$ , και τα παράγωγά τους – σαν παράγοντες πρώτης εκλογής για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2<sup>ου</sup> τριμήνου. Η χορήγησή τους γίνεται ενδαμνιακώς, ενδοφλεβίως, από το στόμα και από τον κόλπο με τη μορφή δισκίων ή κρέμας.

Τα κυριότερα προβλήματα που έχουν προκύψει από τη χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών είναι (1) οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν στον οργανισμό, όπως η ναυτία, οι έμετοι, η διάρροια, η ταχυκαρδία και ο παραλυτικός ειλεός, (2) η καθυστέρηση της αποβολής του κηήματος, ( το 96% των κηήσεων διακόπτεται τις πρώτες 48 ώρες από τη χορήγηση των προσταγλανδινών ), (3) η ατελής έξοδος του κηήματος, (4) η μητρορραγία, (5) η φλεγμονή και (6) η ρήξη του τραχήλου της μήτρας.

Σε σύγκριση με τους άλλους τρόπους η χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών δε φαίνεται να αποδίδει ευνοϊκότερα αποτελέσματα στη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2<sup>ου</sup> τριμήνου, πλην πιθανώς, της γρηγορότερης αποβολής του κηήματος.

Από την άλλη μεριά στις προσταγλανδίνες καταγράφονται οι δυσάρεστες γαστρεντερικές διαταραχές, οι αιμορραγίες και περισσότερο απ' όλα το υψηλό οικονομικό τους κόστος.

Η ανάγκη για την ανεύρεση του πιο αποτελεσματικού τρόπου διακοπής της εγκυμοσύνης ώθησε στο συνδυασμό πολλών μαζί τεχνικών με την παρακάτω σειρά.

Πρώτα τοποθετείται λαμινάρια στον τράχηλο. Τέσσερις ώρες αργότερα χορηγούνται ενδαμνιακώς 20 mg και 80 mg ουρίας που ενισχύονται με ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης. Με αυτόν το συνδυασμό ο μέσος χρόνος αποβολής του κυήματος ελαττώνεται σημαντικά, και φθάνει στις δεκατρείς ώρες, χωρίς όμως να μειώνονται ταυτόχρονα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Η συνδυασμένη αυτή τεχνική θεωρείται από πολλούς η καταλληλότερη για τη διακοπή της εγκυμοσύνης μεταξύ της 16<sup>ης</sup> και της 24<sup>ης</sup> εβδομάδας. Αμέσως με τη διακοπή της εγκυμοσύνης πρέπει να χορηγηθεί στις γυναίκες που είναι Rhesus αρνητικές ανοσοσφαιρίνη (Rhesuman), για να προληφθεί η ευαισθητοποίησή τους έναντι του παράγοντος Rhesus. Τέλος λαμβάνοντας υπόψη ότι η ωοθυλακιορρηξία επαναλαμβάνεται μετά 2-3 εβδομάδες, προτείνεται στις γυναίκες που δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη, να αρχίσουν αντισύλληψη αμέσως μετά την επέμβαση.

### **Mifepristone.**

Είναι ένα χημικό μείγμα, το οποίο προσλαμβάνομενο με τη μορφή ταμπλέτας, δύναται να προκαλεί έκτρωση μέχρι τις πρώτες 9 εβδομάδες της κύησης. Είναι γνωστό και με το όνομα RU-486. Δημιουργήθηκε το 1988 στην Γαλλία αλλά από τότε οι ερευνητές έχουν εξελίξει τις ιδιότητες του, βελτιώνοντας την απόδοση του.

Είναι ένα τεχνητό στεροειδές το οποίο παρεμβαίνει στη δράση της προγεστερόνης, μίας ορμόνης η οποία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αρχή της εγκυμοσύνης. Η προγεστερόνη δραστηριοποιεί την αναπαραγωγή του εμβρυϊκού επιθηλίου το οποίο τροφοδοτεί το έμβρυο. Επίσης αποτρέπει τις φυσιολογικές μητρικές συσπάσεις να μετατοπίσουν το έμβρυο στο τοίχωμα της μήτρας με αποτέλεσμα να μεγαλώνει σε αυτό το σημείο. Το mifepristone προσκολλάται στους χημικούς υποδοχείς της προγεστερόνης, οι οποίοι πλέον δεν εκπέμπουν το σήμα για την προγεστερόνη. Αισθανόμενο, αυτό που εμφανίζεται ως μια μείωση των επιπέδων της προγεστερόνης, συνήθως σημείο ότι δεν επήλθε κύηση, το γυναικείο σώμα τερματίζει την προετοιμασία της μήτρας και ξεκινά την φυσιολογική διαδικασία της εμμηνορρυσίας. Το έμβρυο, στερούμενο της απαραίτητης τροφής, αποκολλάται από την μήτρα και αποβάλλεται από το σώμα μαζί με το υπόλοιπο μητρικό επιθήλιο.

Ενεργώντας μόνο του, έχει ποσοστά επιτυχίας 64% - 85%. Έτσι, δύο ημέρες μετά την πρόσληψη του, χορηγείται στην έγκυο και προσταγλανδίνη συνήθως misoprostol ή gemeprost αν και η τελική επιλογή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Με την προσταγλανδίνη προκαλούνται δυνατές μητρικές συσπάσεις ώστε να αποβληθεί το έμβρυο.

**Επιπλοκές.** Ποσοστό 2% από τις γυναίκες που συμμετείχαν στις δοκιμές του φαρμάκου στις ΗΠΑ παρουσίασε αιμορραγία ενώ από αναφερόμενη χρήση του έχουν επισυμβεί 6 θανάσιμα περιστατικά από το 1991 έως το 2004. Κάποιες εισήχθησαν σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η κατάσταση μερικών χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση ή μετάγγιση αίματος. Άλλες κοινές επιπλοκές είναι η ναυτία, η διάρροια, ο έμετος και ο πόνος στη κοιλιακή χώρα. Σπανιότερα παρουσιάζεται φλεγμονή και ταχυκαρδία.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. σε μικρές δόσεις είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται ως μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης έως και 5 ημέρες μετά από επαφή χωρίς να έχει ληφθεί κάποιο άλλο μέτρο αντισύλληψης σε μικρές δόσεις. Υπάρχει επίσης, το ενδεχόμενο χρήσης του για τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται.

### **Methotrexate.**

Κανονικά χρησιμοποιείται ως φάρμακο εκλογής σε επικίνδυνους όγκους και σε αυτοάνοσα νοσήματα. Ως μέσο έκτρωσης έχει επιτυχία όταν χρησιμοποιείται έως τις πρώτες εννέα εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Χορηγείται με ένεση και παρεμβαίνει στην αναπαραγωγή και διατήρηση του DNA (διαίρεση των κυττάρων) του πλακούντα, γεγονός που επιτρέπει την ευκολότερη αποκόλληση του από το ενδομήτριο. Μερικές ημέρες μετά η γυναίκα λαμβάνει προσταγλανδίνη (misoprostol) per os ή σε μορφή υπόθετα με σκοπό την πρόκληση συσπάσεων για την αποβολή του εμβρύου. Οι πιθανότητες επιτυχίας ανέρχονται σε 92%. Η διαδικασία πραγματοποιείται στο σπίτι με τη βοήθεια του γιατρού ή συχνότερα, με επίσκεψη της εγκύου στο ιατρείο. Ωστόσο, δεν συνίσταται η χρήση αυτής της μεθόδου, επειδή εκφράζονται ανησυχίες για τερατογένεση σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη συνεχιστεί. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται. **Παρενέργειες:** ναυτία, διάρροια, υπνηλία, καταστροφή ηπατικού ιστού και πνευμονικό νόσημα.

### **Το χάπι της επόμενης ημέρας.**

Το χάπι της επόμενης ημέρας, γνωστό και ως επείγουσα αντισύλληψη είναι μία μεγάλη δόση, διπλή ή και περισσότερες δόσεις, αντισυλληπτικών χαπιών. Συστήνεται να χρησιμοποιείται μετά τη σεξουαλική επαφή και για μία περίοδο 72 ωρών. Χορηγείται μόνο προγεστερόνη ή μόνο οιστρογόνα ή και τα δύο μαζί. Δρα με τρεις τρόπους :

- Αποτρέπει την ωορρηξία.

- Ο φυσιολογικός εμμηνορρυσιακός κύκλος αλλάζει καθυστερώντας την ωορρηξία.
- Ερεθίζει το επιθήλιο της μήτρας, ώστε αν τα προηγούμενα αποτύχουν, και η γυναίκα μείνει έγκυος το ωάριο να μην προσκολληθεί στο επιθήλιο της μήτρας.

**Επιπλοκές.** Ενδεχομένως να παρουσιαστούν ναυτία, έμετος, ευερεθιστότητα μαστών, μελλοντική έκτοπη κύηση, θρόμβωση, στειρότητα.

## **Καρκίνος του μαστού και συσχέτιση με την άμβλωση.**

Πολλές μελέτες και έρευνες συνδέουν τις άμβλώσεις με τον καρκίνο του μαστού, τονίζοντας μάλιστα ότι οι πιθανότητες καρκινογένεσης αυξάνονται όσο αυξάνεται και ο αριθμός των εκτρώσεων στις οποίες υποβάλλεται μία γυναίκα. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι συγκεκριμένες μελέτες δεν είναι αντικειμενικές αλλά φανερώνουν την προκατάληψη των ερευνητών έναντι του θέματος τους με αποτέλεσμα τον κλονισμό των επιχειρημάτων τους.

Τα πρώτα στοιχεία ήρθαν στο φως το 1957. Κατά τους ερευνητές ορισμένα κύτταρα στο γυναικείο μαστό που σε μια εγκυμοσύνη με φυσιολογική εξέλιξη θα εκτεθούν σε υψηλά επίπεδα ορισμένων οιστρογόνων τη θέση των οποίων θα πάρουν αργότερα άλλες ορμόνες, όταν θα έλθουν σε επαφή με ένα καρκινογόνο θα τραυματιστούν μεν, αλλά δεν θα μεταλλαχθούν τα ίδια. Σε μία εγκυμοσύνη όμως, που τερματίζεται στο δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης οι άλλες ορμόνες δεν προλαβαίνουν να πάρουν τη θέση των οιστρογόνων με αποτέλεσμα, τα κύτταρα αυτά να εκτίθενται σε αφύσικα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων για αρκετές εβδομάδες, γεγονός που τα καθιστά πιο ευάλωτα στα καρκινογόνα.

Οι Melbye et al. σε έρευνα τους το 1997 υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού για γυναίκες που προχωρούν σε άμβλώσεις κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τον Μάρτιο του 2003 το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI) των ΗΠΑ, ανακοίνωσε ότι δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ καρκίνου του μαστού και άμβλωσης ή αποβολής. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε τον Αύγουστο του ίδιου έτους και το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων (ACOG) και Γυναικολόγων. Ομοίως, οι Lash et al τον Ιούλιο του 2004 υποστήριξαν ότι οι άμβλώσεις δεν αποτελούν την αιτία πρόκλησης του καρκίνου του μαστού.

## Ψυχολογικές επιπτώσεις των εκτρώσεων.

Εξίσου σοβαρές με τις σωματικές επιπλοκές είναι και οι επιπλοκές επάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας μετά από μια άμβλωση. Ο ψυχίατρος Κων. Κριαράς ανέφερε σχετικά ότι η άμβλωση δεν είναι μια απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείρηση αμυγδαλών ή σκωληκοειδίτιδος. Είναι σοβαρότατο γεγονός, που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώσει τα άδυτα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φθάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας... Το πιο σταθερό ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σ' όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρύτερες έως τις πλέον βαρύτερες.

Τα λεγόμενα του Κ. Κριαρά έρχονται να διαψεύσουν έως ένα βαθμό τα ευρήματα της εμπειρικής έρευνας. Υπάρχουν έρευνες οι οποίες παρουσιάζουν σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα για τη γυναίκα και άλλες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικά αρνητικά μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα από μία έκτρωση. Στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία παρατηρούνται αναφορές για το "Μετεκρωτικό Σύνδρομο" (Post Abortion Syndrome) το οποίο ομοιάζει με την "Μετατραυματική Στρεσογόνα Διαταραχή" (Post Traumatic Stress Disorder) και επισυμβαίνει όταν το άτομο υποφέρει μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Γιατροί, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί αναφέρονται σε αρνητικές συνέπειες μετά την έκτρωση, οι οποίες αποτελούν ένα τραυματικό γεγονός που η γυναίκα θα αναγκαστεί να αντιμετωπίσει και να επιλύσει, ώστε να συνεχιστεί ομαλά η εξέλιξη της σε όλα τα επίπεδα ενώ άλλοι αντιπροτάσσουν ότι δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ψυχικής υγείας της γυναίκας και της άμβλωσης.

Ο Pravin Thevathasan, συμβουλευτικός ψυχίατρος ορίζει τις συνέπειες του μετεκρωτικού συνδρόμου ως την ξαφνική επιστροφή της μνήμης στο συμβάν της έκτρωσης, τους εφιάλτες, τις διαταραχές του ύπνου, την κατάθλιψη και τις αυτοκτονικές ιδέες. Συχνά φαινόμενα επίσης είναι οι ενοχές, το κλάμα, ο αλκοολισμός και η κατάχρηση ουσιών.

Σύμφωνα λοιπόν με τη Martucci (1998), γυναίκες που δεν τυχαίνουν κοινωνικής υποστήριξης και δεν έχουν δυνατότητα λήψης αποφάσεων για την προσωπική τους ζωή, βιώνουν τις πιο αρνητικές επιπτώσεις μετά από μία έκτρωση. Οι παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως να διαφοροποιούν τις συνέπειες είναι το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας, ο αριθμός των παιδιών που ήδη υπάρχουν στην οικογένεια και το κοινωνικό δίκτυο στήριξης.

Για τους Andler, Major, Roth et al, (1990) οι γυναίκες που δεν είχαν υποστήριξη από τον σύντροφο τους και είχαν αντικρουόμενα συναισθήματα σχετικά με την απόφαση τους να προχωρήσουν σε άμβλωση, βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποφέρουν από αρνητικές συνέπειες. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποστηρίζουν και οι Major, Mueller & Hildebrandt (1985) προσθέτοντας ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ έκτρωσης και βραχυπρόθεσμης κατάθλιψης.

Οι Lodl, McGettigan & Bucy (1984) εξάγουν το συμπέρασμα ότι η όλη εμπειρία της άμβλωσης δεν έχει αρνητικές συνέπειες για την πλειοψηφία των γυναικών. Μόνο ένα μικρό ποσοστό βιώνει αρνητικά συναισθήματα όπως στρες. Οι Shaw, Funderbuck & Franklin (1979) ανακάλυψαν ότι μερικές γυναίκες βίωναν θετικές επιπτώσεις ύστερα από μια άμβλωση ενώ άλλες πολύ αρνητικές. Σύμφωνα με τους Westhoff et al (2003) οι γυναίκες που υπόκεινται σε έκτρωση, είτε χειρουργική είτε φαρμακολογική, παρουσιάζουν μία σημαντική βελτίωση στην ποιότητα της ζωής τους. Οι Kero et al (2004) διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος τους, δεν βίωναν μετεκτροτικό σύνδρομο ούτε και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις μετά από μία έκτρωση και όλες ένιωθαν μία μορφή ανακούφισης για το ότι είχαν λάβει μία υπεύθυνη απόφαση.

Η Greenglass (1976) υποστηρίζει ότι δεν είναι η άμβλωση αυτή καθαυτή ο βασικός λόγος της ψυχικής διαταραχής και ανισορροπίας, αλλά το κοινωνικό πλαίσιο και η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Η άμβλωση θεωρείται ως συντελεστικός παράγοντας για κάποια ψυχική ασθένεια και όχι η αιτία της. Ο Dagg (1991) διαπιστώνει ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό βιώνει ψυχολογικές επιπτώσεις μετά από μία άμβλωση, οι οποίες όμως οφείλονται σε προϋπάρχουσες καταστάσεις.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί, ότι ο τρόπος με τον οποίο μία γυναίκα θα αντιμετωπίσει μία άμβλωση σχετίζεται με τα εσωτερικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της και την ψυχική της ανθεκτικότητα που θα τη βοηθήσουν να ξεπεράσει καλύτερα ένα στρεσογόνο περιστατικό. Αν διαθέτει αποθέματα ψυχικής ανθεκτικότητας, τα αποτελέσματα μίας έκτρωσης βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα θα είναι εντελώς διαφορετικά από ότι σε αντίθετη περίπτωση.

### **Προεγχειριστική αγωγή :**

Έχοντας υπόψη όλα τα δεδομένα που αναφέρθηκαν, θεωρείται σκόπιμο να τονιστεί ότι είναι απολύτως αναγκαία η τήρηση ορισμένων προϋποθέσεων, που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε περίπτωση πριν από την εκτέλεση μιας τεχνητής διακοπής της κύησης. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι :

Ολοκληρωμένη ενημέρωση της μέλλουσας να υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή της κύησης, για τις πιθανότητες που έχει να παρουσιάσει μια κάποια από τις παραπάνω επιπλοκές. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην πιθανότητα εμφάνισης αναπαραγωγικού προβλήματος μετά από την επέμβαση, που ίσως είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί (στείρωση, ΑΕ, πρόωροι τοκετοί, περιγεννητικοί κίνδυνοι κ.λπ.).

Να έχει γίνει προεγχειρητικός έλεγχος, για τον περιορισμό των ιατρογενών συμβαμάτων από την επέμβαση.

Πριν από κάθε τεχνητή διακοπή της κύησης είναι απαραίτητο να προσδιορίζεται η ομάδα ABO και ο παράγοντας Rhesus, ώστε να γίνεται έγκαιρα η χορήγηση της αντι-RH-(D) γ-σφαιρίνης σε κάθε Rh(-) γυναίκα.

Η επέμβαση επιβάλλεται να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα, που εξασφαλίζουν τις απαραίτητες εκείνες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε επιπλοκής.

Να υπογράφεται ειδική δήλωση από τη μέλλουσα να υποβληθεί στην επέμβαση, σχετικά με την αποδοχή της μεθόδου που πρόκειται να εφαρμοσθεί.

### **Μετεγχειρητική αγωγή :**

Μετά την τεχνητή διακοπή της κύησης, η μετεγχειρητική αγωγή συνίσταται στη λήψη μητροσυσπαστικών φαρμάκων, αντιβίωσης σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στην αποφυγή γενετήσιων σχέσεων για 10 ημέρες, προκειμένου για κυήσεις μέχρι 12 εβδομάδων και για 20 ημέρες σε πιο προχωρημένες κυήσεις. Ο γυναικολογικός έλεγχος είναι απαραίτητο να γίνεται μετά από 10 ημέρες περίπου, δίνοντας μεγάλη σημασία στην αναφορά πόνου και αποσκοπεί κυρίως στην ανίχνευση μετεκτρωτικών λοιμώξεων υποκλινικής διαδρομής. Στη συνάντηση αυτή του ιατρού με την ασθενή είναι απαραίτητο να γίνει η ενημέρωσή της πάνω στις υπάρχουσες δυνατότητες για αναπαραγωγική προφύλαξη.

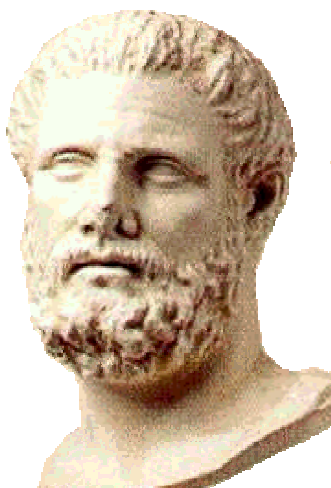


## **Κεφάλαιο Τρίτο**

- α) Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.**
- β) Το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρα μας.**
- γ) Το νομικό καθεστώς που ισχύει σε άλλες χώρες.**

## α) Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι αρκετούς αιώνες πριν, πολλές γυναίκες βοηθούσαν η μία την άλλη να διακόψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η πρώτη συνταγή εκτρωτικού φαρμάκου καταγράφεται το **2600 π.Χ.**



Στην ελληνική και ρωμαϊκή αρχαιότητα επιτρέπονταν οι αμβλώσεις αν και φαίνεται ότι η απόφαση βάρυνε τον πατέρα. Περίπου το **400 π.Χ.** ο όρκος του Ιπποκράτη αναφέρει σχετικά : «Ου δώσω δε ουδενί φάρμακον θανάσιμον, ουδέ ξυμβουλίην τοιήνδε, ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω». Ο **Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.)**, δίδασκε ότι το έμβρυο αρχικά έχει ψυχή λαχανικού, που εξελίσσεται σε ψυχή ζώου αργότερα κατά την κύηση. Εν τέλει το έμβρυο αποκτά ανθρώπινη ψυχή, γεγονός το οποίο καλείται

εμψύχωση και υποστηρίχθηκε από τους μαθητές του, ότι συμβαίνει κατά την 40<sup>η</sup> ημέρα της εγκυμοσύνης για τα έμβρυα αρσενικού γένους και κατά την 90<sup>η</sup> για τα έμβρυα θηλυκού γένους. Οι ιδέες αυτές ήταν ευρύτατα αποδεκτές στην ελληνική και ρωμαϊκή αρχαιότητα και επηρέασαν ιδιαίτερα τη μεσαιωνική σκέψη και τους διανοητές της καθολικής εκκλησίας.

Τον **4<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ.**, Ο Άγιος Αυγουστίνος εξέδωσε το καθολικό δόγμα, το οποίο απαγόρευε την διεξαγωγή άμβλωσης μετά από τις 80 ημέρες για έμβρυα γένους θηλυκού και 40 ημέρες για έμβρυα γένους αρσενικού. Πριν το έμβρυο θεωρούνταν έμβιος οργανισμός, αλλά άνευ ψυχής. Τον Μεσαίωνα, αρχικά, επικρατεί η άποψη του Άγιου Αυγουστίνου αλλά το **1140** κυριαρχεί η άποψη ότι η άμβλωση ισούται με την ανθρωποκτονία μόνο στην περίπτωση κατά την οποία το έμβρυο είναι ήδη σχηματισμένο. Το **1312**, ο Θωμάς Ακίνας αντιτίθεται στην άμβλωση θεωρώντας την ως μια μορφή αντισύλληψης, αμαρτία και πράξη αντίθετη με το μυστήριο του γάμου. Αμαρτία και ανθρωποκτονία υπεισέρχονται μόνο όταν το έμβρυο αποκτήσει λογική ανθρώπινη ψυχή. Η ψυχή και το σώμα πρέπει να είναι σε αναλογία μεταξύ τους, δηλαδή το σώμα να είναι μορφοποιημένο. Άρα η ψυχή δεν είναι παρούσα κατά τη σύλληψη. Παράλληλα, στη Βυζαντινή νομοθεσία των Κανόνων, το αναπτυσσόμενο έμβρυο αποκτούσε τη θέση ενός όντος με δικαιώματα.

Το **1588**, ο Πάπας Σίξτος ανησυχώντας για την πορνεία στην Ρώμη απαγορεύει όχι μόνο την έκτρωση σε κάθε στάδιο της εγκυμοσύνης, χωρίς να αναγνωρίζει ως εξαιρέσεις θεραπευτικούς λόγους αλλά και την

αντισύλληψη. Η ποινή μεταφράζεται με αφορισμό από την εκκλησία. Τρία χρόνια αργότερα η απαγόρευση αυτή ανακαλείται από τον επόμενο Πάπα. Το **1679**, ο Πάπας Ιννοκέντιος διακήρυξε ότι δεν θα δινόταν άδεια για την εκτέλεση άμβλωσης ακόμα και αν η ζωή της γυναίκας απειλούνταν από την οικογένεια της εξαιτίας της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης της.

Το **1803**, η Μεγάλη Βρετανία ορίζει ποινικά την άμβλωση ως παράπτωμα ενώ το **1821**, η πολιτεία του Κονέκτικατ την ποινικοποιεί από τη στιγμή που είναι δυνατή η αισθητή η κίνηση του εμβρύου από την μητέρα, ενώ νωρίτερα από αυτό επιτρέπεται. Η νομοθετική αυτή ρύθμιση ερμηνεύεται από μερικούς, ως κίνηση του Προτεσταντικού κλήρου προκειμένου να προστατευτεί η αριθμητική υπεροχή του γηγενούς προτεσταντικού πληθυσμού, από τις ορδές των φτωχών καθολικών και των άλλων θρησκευτικών πεποιθήσεων μεταναστών, οι οποίοι συνέρεαν στην Αμερική στις αρχές του 1800 και πολλαπλασιάζονταν ταχύτατα. Μέχρι τότε οι μεσοαστοί προτεστάντες ήταν σχετικά ανεκτικοί απέναντι στο θέμα των εκτρώσεων. Το ιατρικό κατεστημένο νιώθει να απειλείται η κοινωνική και ιατρική του δύναμη από τις παραδοσιακές μαίες (μαμές) για τις οποίες η άμβλωση αποτελούσε μέρος της καθημερινής πρακτικής τους. Παρά το γεγονός ότι και όλες οι υπόλοιπες πολιτείες έθεσαν σε ισχύ ανάλογους νόμους, η κατάσταση παρέμεινε η ίδια και υπολογίζεται ότι μεταξύ 1900 και 1950, η μία στις τρεις εγκυμοσύνες τερματιζόταν. Το **1869**, ο Πάπας Πίος απαγορεύει όλα τα είδη των αμβλώσεων σε ανταλλαγή με την αναγνώριση από τον Ναπολέοντα του παπικού αλάθητου. Τα προηγούμενα εξήντα χρόνια ο γαλλικός πληθυσμός είχε υποστεί δραματική μείωση. Το ίδιο έτος στον Καναδά εγκρίνεται νομοθεσία που ποινικοποιεί τις αμβλώσεις και καθιστά τους παραβάτες άξιους ισόβιας κάθειρξης. Το **1882** η πρώτη στο κόσμο «σύγχρονη» κλινική ελέγχου γεννήσεων ιδρύεται στην Ολλανδία, υποστηριζόμενη οικονομικά από εμπορικούς συνδέσμους.

Η Margaret Sanger και η αδελφή της Ethel Byrne φυλακίζονται το **1916** με αφορμή τη διάδοση πληροφοριών αντισύλληψης στην πρώτη αμερικανική κλινική ελέγχου γεννήσεων στο Brooklyn της Νέας Υόρκης. Στον Καναδά το διάστημα από το **1926** ως το **1937** υπολογίζεται ότι 4000 με 6000 γυναίκες έχασαν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα παράνομων εκτρώσεων. Ο Πάπας Πίος καταδικάζει το **1930** τις αμβλώσεις για θεραπευτικούς λόγους, αυτές που διεκπεραιώνονται κατά τη διάρκεια του γάμου και όποιες διενεργούνται για κοινωνικούς και ευγονικούς λόγους. Στις ΗΠΑ είναι πολύ διαδεδομένες οι αμβλώσεις με το πρόσχημα των θεραπευτικών λόγων στους οποίους, ιδιαίτερα κατά την δεκαετία του **1930**, προστίθεται και η ανέχεια. Στη Σοβιετική Ένωση, ο Ιωσήφ Στάλιν ποινικοποιεί κάθε είδους άμβλωση μεταξύ του **1936** και του **1956**. Το **1943** στη ναζιστική Γερμανία η ποινή που αντιστοιχεί στους παραβάτες

για την διεξαγωγή άμβλωσης σε μία «γενετικά ικανή» γυναίκα είναι ο θάνατος.

Στη δεκαετία του **1960** στις ΗΠΑ δύο γεγονότα συμβάλλουν στη δημιουργία αλλαγής κλίματος έναντι της ισχύουσας νομοθεσίας για τις αμβλώσεις: α) Το ηρεμιστικό φάρμακο θαλιδομίδη το οποίο συνδέεται με τρομερές δυσλειτουργίες και τερατογενέσεις στο έμβρυο και β) η επιδημία ερυθράς κατά την περίοδο **1962** με **1965** η οποία επίσης προκάλεσε σοβαρές δυσλειτουργίες στο έμβρυο. Συντελεστικός παράγοντας στην διαφοροποίηση της στάσης του κόσμου στάθηκαν και οι φόβοι για υπεραύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού. Το **1967** υπογράφεται ο πιο φιλελεύθερος -μέχρι τότε- νόμος στις ΗΠΑ για τις αμβλώσεις επιτρέποντας ελευθερία επιλογής κατά τις πρώτες είκοσι εβδομάδες της κύησης. Το **1969** στον Καναδά αποποινικοποιείται η αντισύλληψη και επιτρέπονται οι αμβλώσεις κάτω από πολύ αυστηρά ορισμένες συνθήκες. Στα τέλη της δεκαετίας του **1960** περίπου 1.200.000 Αμερικανίδες προχωρούν σε παράνομες αμβλώσεις ανά έτος.

Το **1973** στην Αμερική λαμβάνει χώρα η πολύκροτη δίκη της Roe εναντίων του Wade. Το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών καθιστά με απόφαση του την έκτρωση πρώτου τριμήνου ως ιδιωτικό θέμα ανάμεσα στην γυναίκα και στο γιατρό της. Όσον αφορά στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η κάθε πολιτεία ξεχωριστά έχει δικαίωμα να τοποθετεί όρια πάντα σε συνάρτηση με την υγεία της εγκύου και στο τρίτο τρίμηνο είναι απόλυτα θεμιτό να την απαγορεύσουν εκτός από την περίπτωση κατά την οποία η ζωή της εγκύου βρίσκεται σε κίνδυνο. Την ίδια εποχή περίπου οι δυτικοευρωπαϊκές χώρες απελευθερώνουν τη σχετική με τις αμβλώσεις νομοθεσία. Τα επόμενα χρόνια οι νόμοι γίνονται ακόμα αυστηρότεροι ενώ το **1993** η κυβέρνηση Κλίντον αλλάζει κάποια άρθρα έτσι ώστε οι εκτρώσεις να είναι πιο προσιτές στις γυναίκες. Το ίδιο έτος δολοφονείται στη Φλόριδα ο γιατρός David Gunn από φανατικούς οπαδούς κινημάτων εναντίων της έκτρωσης. Θα είναι ο πρώτος μίας σειράς επιθέσεων σε γυναικολόγους που εκτελούν αμβλώσεις. Παρόμοια περιστατικά συμβαίνουν και στον Καναδά.

Σήμερα το ζήτημα δεν θεωρείται λήξαν. Οι αντιπαραβαλλόμενες απόψεις εξακολουθούν να διχάζουν την κοινή γνώμη.

## **β) Το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρα μας.**

Η τεχνητή διακοπή της κύησης χωρίς ιατρική ένδειξη εθεωρείτο για όλο τον κόσμο μέχρι πρόσφατα εγκληματική πράξη που τιμωρούνταν από το νόμο. Τελευταία όμως οι αντιλήψεις άλλαξαν και η τεχνητή έκτρωση έπαψε να διώκεται στα περισσότερα κράτη εφ' όσον γίνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Στην Ελλάδα από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όταν ανακαλύφθηκαν οι πρώτες αντισυλληπτικές μέθοδοι, τις θεωρούσαν έγκλημα. Με την διάδοση της αντισύλληψης, άρχισε η πάλη για την νομιμοποίηση της άμβλωσης παράλληλα με την πάλη για ίσες ευκαιρίες εργασίας, ίση αμοιβή αντρών και γυναικών και δικαίωμα ψήφου στις γυναίκες. Η αποποινικοποίηση των εκτρώσεων έγινε το 1986 με το Νόμο 1609/86.

Επειδή η έκτρωση αποτέλεσε ένα σοβαρά αμφιλεγόμενο ηθικό και νομικό θέμα θεωρήθηκε σκόπιμη η παράθεση του πρόσφατου νόμου και των υπουργικών διατάξεων που το υλοποιούν.

### **ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟΝ 1609/86:**

Το Άρθρο 1 του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας» αναφέρει ότι η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

Με υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των συναρμόδιων υπουργών ρυθμίστηκαν τα θέματα, που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης,

β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και

γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην β' περίπτωση της τέταρτης παραγράφου του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

Στο δεύτερο άρθρο του Ποινικού Κώδικα ορίζεται το χρονικό διάστημα της εγκυμοσύνης μέσα στο οποίο κατοχυρώνεται η ελευθερία διενέργειας των αμβλώσεων.

Η τέταρτη παράγραφος ορίζει ότι δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που διενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις από τις ακόλουθες περιπτώσεις :

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφ' όσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Η πέμπτη παράγραφος ορίζει ότι αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

Στο τρίτο άρθρο του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», καθορίζονται οι ποινές των διενεργούντων την άμβλωση.

Η πρώτη παράγραφος αναφέρει ότι όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.

Η δεύτερη παράγραφος αναφέρει ότι όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

Επιπλέον, αν από την παράβαση της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

Η τρίτη παράγραφος αναφέρει ότι έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

Το τέταρτο άρθρο του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού» καθιστά υπεύθυνο, όποιον επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας και τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

Το Άρθρο 5 του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης» ορίζει ένοχο όποιον δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης και τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

Στο ίδιο άρθρο αποφαινεται ότι δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

Τα παραπάνω άρθρα διατυπώθηκαν σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθμόν 1609/86 στην Αθήνα στις 28 Ιουνίου 1986.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας-Πρόνοιας, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που ορίστηκε στις 25-2-87 και λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις της δεύτερης παραγράφου εδάφια β και γ, της τρίτης παραγράφου του άρθρου 1 του νόμου 1609/1986 και τη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., όπως αυτή διατυπώνεται στην 1/43<sup>ης</sup> ολομ./22-12-86 απόφασή του, ορίστηκαν τα παρακάτω άρθρα ως εξής :

Στο Άρθρο 1 με τίτλο «Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης» ρυθμίζονται τα θέματα, που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας, που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Το δεύτερο άρθρο με τίτλο «Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12 εβδομάδα της εγκυμοσύνης» αναφέρει ότι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν τη συμπλήρωση 12 εβδομάδων (άρθρο 2, παραγρ. 4α ν. 1609/86) πρέπει να ενεργείται σε νοσοκομεία (ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ.) και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις :

1. Η επέμβαση να διενεργείται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπευθύνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.

2. Πριν από την επέμβαση να πραγματοποιείται ενημέρωση της εγκύου για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Η ενημέρωση αυτή συνήθως διεξάγεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.

Επιπλέον, ενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και παρακλινική προεγχειρητική διερεύνηση.

Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται σε ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο που φυλάσσεται στα αρχεία του τμήματος και είναι σε κάθε περίπτωση στη διάθεση των αρμόδιων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές που γίνονται οι επεμβάσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν τις εξής ελάχιστες προδιαγραφές :

α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι



πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάνηψης των ασθενών και να στελεχώνεται τουλάχιστον από δύο μαιές και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό, και

β) Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Στο Άρθρο 3 με τίτλο «Διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη 12 εβδομάδα», η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/86, πρέπει να πραγματοποιείται αποκλειστικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όσων ορίζονται στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη παράγραφο του προηγούμενου άρθρου.

Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτή συνεργάζονται με την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ψυχολόγος.

Το έκτο άρθρο με τίτλο «Χρόνος αποχής από την εργασία» αποβλέπει στην αποκατάσταση και προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, όπου της παρέχεται η παρακάτω υποχρεωτική αναρρωτική άδεια :

α) Για τις επεμβάσεις κάτω των δώδεκα (12) εβδομάδων κύησης, τρεις (3) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης και

β) Για τις επεμβάσεις μετά την δωδέκατη (12) εβδομάδα κύησης, πέντε (5) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης.

Βέβαια, τα παραπάνω χρονικά όρια μπορεί να επεκταθούν σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του υπεύθυνου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας που έγινε η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση νόμιμης διαδικασίας έγκρισης χορήγησης αναρρωτικών αδειών.

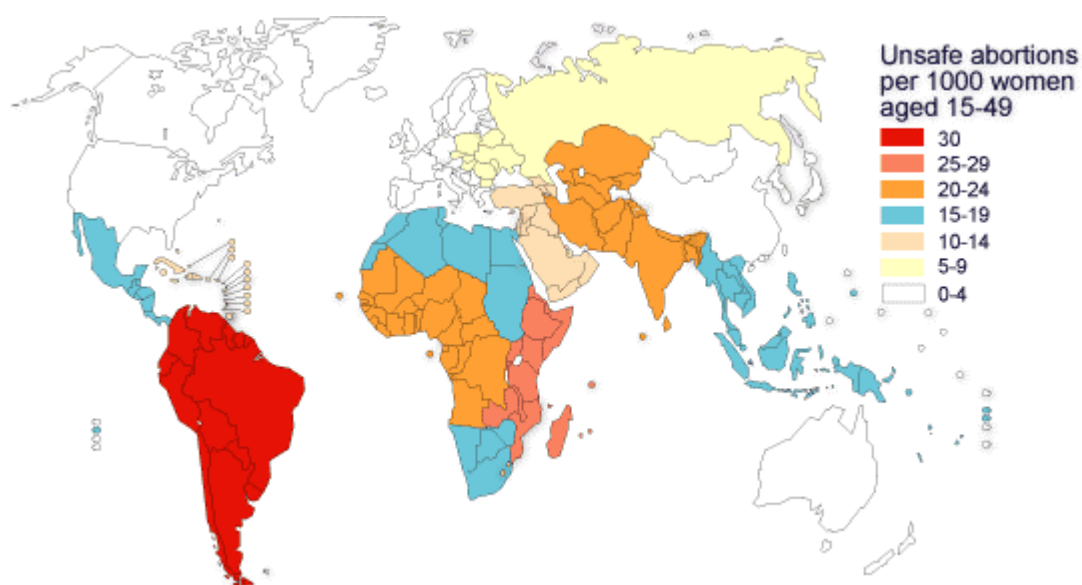
Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούμε στο Άρθρο 1711 του Αστικού Κώδικα για το Κληρονομικό Δίκαιο, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τον νόμο 1609/86 του Ποινικού Κώδικα, αφού ορίζει ότι :

«Κληρονόμος μπορεί να γίνει μόνο εκείνος που κατά το χρόνο της επαγωγής της κληρονομίας βρίσκεται στη ζωή ή έχει τουλάχιστον συλληφθεί».

Σύμφωνα με το παραπάνω άρθρο, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι το έμβρυο δεν έχει απλά δικαίωμα στη ζωή, αλλά μπορεί να διεκδικήσει και το δικαίωμα κληρονομικής διαδοχής.

### γ) Το νομικό καθεστώς που ισχύει σε άλλες χώρες :

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ετησίως περίπου 210.000.000 γυναίκες μένουν έγκυες σε όλο τον κόσμο και διεξάγονται 50.000.000 εκτρώσεις. Από αυτές, 20.000.000 διενεργούνται κάτω από επισφαλείς συνθήκες, από τις οποίες το 90% πραγματοποιείται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στο 94% από τις χώρες αυτές οι αμβλώσεις απαγορεύονται βάσει νόμου και αναφέρεται, ότι 1 στις 250 γυναίκες μετά από την επέμβαση καταλήγει. Αντίθετα, στις αναπτυγμένες χώρες οι περιπτώσεις γυναικών που καταλήγουν είναι 1 στις 3.700. Συνολικά από 65.000 έως 80.000 γυναίκες πεθαίνουν λόγω εκτρώσεων που διενεργούνται σε επισφαλείς για την υγεία τους συνθήκες.



Τις οξύτερες αντιπαραθέσεις κατά των εκτρώσεων τις συναντάμε στις Η.Π.Α. Οι οργανώσεις “pro life” θεωρούν ότι πρέπει να προστατέψουν με κάθε μέσο την αγέννητη ζωή. Έτσι, προσέρχονται σε κλινικές και νοσοκομεία που γίνονται εκτρώσεις, εμποδίζοντας τις γυναίκες να προβούν σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης τους και απειλώντας τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι πιο ακραίοι από αυτούς οργανώνουν βομβιστικές επιθέσεις, αποστέλλουν παγιδευμένα με εκρηκτικά δέματα και επιτίθενται σε γιατρούς, νοσηλευτές και εγκύους.

Στις περισσότερες πολιτείες οι αμβλώσεις μέχρι την 12η εβδομάδα έχουν αποποινικοποιηθεί, αν και αρκετές από αυτές καταβάλλουν κάθε προσπάθεια, ώστε να τεθούν σε ισχύ νόμοι, που να καθιστούν την επιδίωξη των γυναικών να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους ανέφικτη.

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν απελευθερώσει από δεκαετίες τους σχετικούς με την άμβλωση νόμους. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Σουηδίας, όπου η διεξαγωγή των αμβλώσεων επιτρέπεται από το 1938 για ιατρικούς λόγους και από το 1975 επιτρέπεται χωρίς συνεπαγόμενες κυρώσεις απλώς με τη δήλωση της εγκύου ότι επιθυμεί να προχωρήσει σε άμβλωση. Ένας γιατρός, ο οποίος δεν θα συμμορφωθεί με την απαίτηση μιας γυναίκας να διακόψει την εγκυμοσύνη της στο πρώτο τρίμηνο, αντιμετωπίζει πρόστιμο ή ποινή φυλάκισης έως και έξι μήνες. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί μάθημα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης στα σχολεία από το 1956. Σήμερα οι σεξουαλικά ενεργοί ενήλικες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών μέσων και χαμηλά ποσοστά αμβλώσεων.

Στη Γαλλία, έχει συσταθεί μια συμμαχία 50 οργανώσεων, που εναντιώνεται στις αμβλώσεις και τα μέλη τους διαμαρτύρονται από το 1987 έξω από νοσοκομεία και κλινικές. Επιχειρούν να δημιουργήσουν ενοχές στις γυναίκες για την επιλογή τους, και τις πιέζουν ψυχολογικά, ώστε να υποχωρήσουν και να συνεχίσουν την εγκυμοσύνη.

Στη Νορβηγία, η έκτρωση διεξάγεται νόμιμα ως τη δωδέκατη εβδομάδα από το 1979. Μετά το πέρας του διαστήματος αυτού, η απόφαση λαμβάνεται από επιτροπή δύο εμπειρογνομόνων ιατρών, διαδικασία η οποία απαιτεί πολύ χρόνο με αποτέλεσμα η πλειοψηφία των γυναικών να αναγκάζεται είτε συνέχιση της εγκυμοσύνης, είτε να καταφύγει στο εξωτερικό προκειμένου να προχωρήσει στην επέμβαση. Στην Ιρλανδία η έκτρωση είναι αντισυνταγματική και αποτελεί ποινικό αδίκημα ακόμα κι όταν η γυναίκα μείνει έγκυος μετά από βιασμό. Από το 1992 οι Ιρλανδές διατηρούν του δικαιώματος να ταξιδεύουν στο εξωτερικό, ώστε να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους.

Παρά την αντίθεση της Καθολικής εκκλησίας, στην Ιταλία η άμβλωση από το 1978 θεωρείται αναφαίρετο δικαίωμα για κάθε γυναίκα άνω των 18 ετών, μεταξύ των πρώτων 90 ημερών, όταν συντρέχουν οικονομικοί, κοινωνικοί λόγοι ή λόγοι υγείας. Ο διενεργών την άμβλωση ιατρός διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί να εκτελέσει την επέμβαση, εκφράζοντας αντίρρηση συνείδησης.

Στην Ισπανία, από το 1985 οι αμβλώσεις επιτρέπονται σε περιπτώσεις βιασμού, σοβαρής εμβρυϊκής ανωμαλίας και ενδεχόμενου κινδύνου της νοητικής ή σωματικής ακεραιότητας της γυναίκας. Το ποσοστό, όμως, των ιατρών που είναι πρόθυμοι να διεξάγουν τις επεμβάσεις είναι πάρα πολύ χαμηλό εξαιτίας της παρενόχλησης που υφίστανται.

Στην Τουρκία λόγω της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού, οι αμβλώσεις έχουν καθιερωθεί μέχρι τη δέκατη εβδομάδα της κύησης, από το 1983. Για τις έγγαμες γυναίκες απαιτείται η συναίνεση του συζύγου.

Η νόμιμη άμβλωση εισήχθη στην Ινδική κοινωνία το 1971, όταν η ταχεία αύξηση του πληθυσμού την επέβαλλε ως ένα έσχατο μέτρο αντισύλληψης. Η άμβλωση, όμως, χρησιμοποιείται ως μέσο για να προληφθεί η γέννηση θηλυκών μελών, τα οποία θεωρούνται ότι επιβαρύνουν οικονομικά την οικογένεια.

Από το 1957, η Κίνα έχει υιοθετήσει μία από τις πιο απελευθερωμένες τακτικές σε ολόκληρη την υφήλιο εξαιτίας της ανησυχίας για το υψηλό ποσοστό της αύξησης του πληθυσμού. Το πρόγραμμα του ελέγχου των γεννήσεων, γνωστό ως η πολιτική του ενός παιδιού, που απαγορεύει την απόκτηση δεύτερου απογόνου από τις οικογένειες της υπαίθρου, σε συνδυασμό με την παραδοσιακή προτίμηση των Κινέζων για τα αρσενικά παιδιά, έχει καταστήσει την άμβλωση σύνηθες φαινόμενο.

Η Νότια Αυστραλία είναι η μόνη επικράτεια της ηπείρου, στην οποία οι άμβλώσεις διεξάγονται ελεύθερα θέτοντας ως βασική προϋπόθεση την υγεία της γυναίκας. Αν και στις υπόλοιπες επικράτειες οι απαγορεύσεις ποικίλουν, οι εκτρώσεις λαμβάνουν χώρα στις περισσότερες από αυτές και μάλιστα πολλές κλινικές χρηματοδοτούνται από κρατικά προγράμματα.

Στην ήπειρο της Αφρικής, όπου η αντισύλληψη είναι ελάχιστα διαδεδομένη και τα κράτη που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις ακόμα λιγότερα, οι παράνομες και συχνά βαρύτατα επιβλαβείς για την υγεία και γονιμότητα των γυναικών άμβλώσεις αποτελούν καθημερινή πρακτική. Περίπου 10.000 γυναίκες υποβάλλονται ημερησίως σε εκτρώσεις επισφαλείς για την υγεία τους και πολλές από αυτές καταλήγουν εν μέσω της διαδικασίας.

Η Νότια Αμερική παρά τα προβλήματα από τα οποία μαστίζεται, γενικά κρατά αρνητική στάση έναντι των άμβλώσεων λόγω των καθολικών απόψεων που επικρατούν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Βραζιλία, η οποία έχει νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις από το 1940, για λόγους αιμομιξίας, βιασμού ή λόγους υγείας. Δεν αναγνωρίζεται νομικά καμία άλλη παράμετρος προκειμένου να επιτραπεί στη γυναίκα να προβεί στην πράξη της άμβλωσης. Πολλές γυναίκες αναγκάζονται να χρησιμοποιούν μέσα παράνομα οι ίδιες, ώστε να προκαλούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης τους, θέτοντας πολύ συχνά τη ζωή τους σε κίνδυνο. Η κατάσταση επιτείνεται από το γεγονός της έλλειψης κινήτρου συνέχισης της εγκυμοσύνης, δεδομένων των έντονων επικρίσεων που θα δεχθεί η γυναίκα αν εξακολουθήσει να εργάζεται και της οικονομικής ανέχειας που θα αντιμετωπίσει αν παραιτηθεί.

Παρακάτω παρατίθεται η ποσοστιαία αναλογία εκτρώσεων σε διάφορες χώρες το 1988 :

**ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ**  
(σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών) :

<b>Χώρα :</b>	<b>Ποσοστό :</b>
Ολλανδία	5,6
Δ.Γερμανία	7,3
Καναδάς	10,2
Βρετανία	12,8
Γαλλία	14,9
Αυστραλία	15,2
Πολωνία	16,5
Ιταλία	19
Ισραήλ	21,9
Η.Π.Α.	27,4
Ρουμανία	90,9
Σοβ. Ένωση	181
<b>Ελλάδα</b>	<b>140</b>

Πηγή Ινστιτούτο Alan Guttmacher 1988

Η Ελλάδα σήμερα κατέχει την πρώτη κατ' αναλογία θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, αν και τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μείωση στον αριθμό των εκτρώσεων. Ετησίως καταγράφονται από 100.000 έως 150.000 περιστατικά αμβλώσεων.

# Κεφάλαιο Τέταρτο

Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική.

## **Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική :**

Όσοι ασχολήθηκαν με την Νοσηλευτική σε περασμένες εποχές θα βρέθηκαν ίσως πολλές φορές στην ανάγκη να κάνουν μια ηθική επιλογή. Έχοντας δηλαδή σαν βάση μια συγκεκριμένη ηθική, που όριζε σαφώς τι έπρεπε να γίνει, προβληματίζονταν αν θα έπρατταν ή όχι την προτεινόμενη ηθική επιταγή. Με το πέρασμα όμως της κοινωνίας από το χωριό στην πόλη, ο κόσμος βρέθηκε ξαφνικά μπροστά σ' έναν ηθικό πλουραλισμό. Θεωρίες και αξίες που η μια ανέτρεπε την άλλη άρχισαν να διακινούνται ευρύτερα. Το αν ο πλουραλισμός αυτός είναι φαινόμενο φιλελευθερισμού ή ηθικής κατάπτωσης είναι έργο της ιστορίας να το μελετήσει.

Το γεγονός είναι ότι η Νοσηλευτική του σήμερα, μέσα σ' έναν κόσμο που τον διακρίνει μια ποικιλία ηθικών αρχών και αξιών, ζει έντονα την μετατροπή των ηθικών επιλογών, σε ηθικά διλήμματα, σε δύσκολες δηλαδή αποφάσεις μεταξύ δυο εξίσου μη ικανοποιητικών λύσεων.

### **Δικαιώματα και ευθύνες του νοσηλευτή:**

**Α) Ανθρώπινα δικαιώματα:** Βασικά συνδέονται με την έννοια της προσωπικής ελευθερίας και εμπεριέχουν περιορισμούς. Στα ανθρώπινα δικαιώματα με βάση την «Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων» του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (1948) ανήκουν:

- Το δικαίωμα της ελευθερίας της συνείδησης
- Το δικαίωμα της ελευθερίας της σκέψης
- Το δικαίωμα της ελευθερίας της θρησκείας
- Το δικαίωμα της ελευθερίας της γνώμης και της έκφρασης.

Οι νοσηλευτές, όπως και όλοι οι άνθρωποι, απολαμβάνουν όλα αυτά τα δικαιώματα. Και ακριβώς από αυτά απορρέει το δικαίωμα να ενεργούν «κατά συνείδηση» και να αρνούνται να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε ενέργεια, κάνοντας χρήση του δικαιώματος της ελευθερίας της γνώμης και της έκφρασης.

Παρ' όλο όμως που τα δικαιώματα αυτά είναι αναγνωρισμένα διεθνώς, δεν λαμβάνεται σ' όλες τις νομοθεσίες των κρατών ειδική μέριμνα για την εφαρμογή τους, γεγονός που έφερε στο φως το πρόβλημα των αμβλώσεων. Οι αμβλώσεις δημιουργούν στους νοσηλευτές ένα τεράστιο συνειδησιακό πρόβλημα. Σε έρευνά του ο Webb το 1985, απέδειξε ότι οι νοσηλευτές σε μεγάλο ποσοστό



εκφράζουν ισχυρές αντιδράσεις έναντι της άμβλωσης. Η σύγχρονη όμως ελληνική νομοθεσία μετά την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, δεν έχει προβλέψει τι θα συμβεί στην περίπτωση που ένας νοσηλευτής θα αρνηθεί να συμμετάσχει σε μια άμβλωση.

**B) Ευθύνη του Νοσηλευτή:** Η ευθύνη προέρχεται από την αρχαία λέξη «εύθυνα» που σημαίνει την υποχρέωση «του λογοδοτείν». Για την UNESCO ο όρος ευθύνη σημαίνει ότι κάποιος είναι υπόλογος για την άσκηση ενός λειτουργήματος ή την εκπλήρωση ενός έργου ή καθήκοντος που του έχει ανατεθεί.

Η συνειδητοποίηση της ευθύνης ωριμάζει τον άνθρωπο και προάγει τον πολιτισμό. Πέρα όμως από την γενική ευθύνη, που όλοι μοιράζονται, υπάρχουν και ιδιαίτερες μορφές ευθύνης για κάθε επάγγελμα. Σύμφωνα με τα δεοντολογικά κείμενα η ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- Η προαγωγή της υγείας.
- Η πρόληψη της αρρώστιας.
- Η αποκατάσταση της υγείας και
- Η ανακούφιση του πόνου

(«Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών», Μεξικό 1973).

«Πρωταρχική ευθύνη του νοσηλευτή είναι να προστατεύει και να προάγει την καλή κατάσταση και την αξιοπρέπεια των αρρώστων» (RCN CODE).

Οι κώδικες ηθικών καθηκόντων δεν δίνουν ειδικές οδηγίες, αλλά γενικές κατευθύνσεις, θέσεις και όχι εντολές και αυτό γιατί πρέπει να είναι αποδεκτοί από όλους τους νοσηλευτές. Παρά τη συντομία τους αλλά και τη γενικότητά τους όλοι αναφέρονται διεξοδικά στην ευθύνη του νοσηλευτή, που σύμφωνα με τα κείμενα είναι πολλαπλή.

### **Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος απέναντι:**

**A) Των ασθενών:** Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να βοηθήσει τον άρρωστο να κατανοήσει τις πληροφορίες που του δίνονται. Έχει ευθύνη να του παρέχει «υψηλού επιπέδου» νοσηλευτική φροντίδα και να μην τον επηρεάζει στη λήψη αποφάσεων με τις γνώσεις του («Η γνώση είναι δύναμη» FRANCIS BACON) ή με την υπεροχή του.

**B) Του επαγγέλματός του και της κοινωνίας γενικότερα:** Εδώ ανήκει «η ευθύνη της προαγωγής της Νοσηλευτικής».

Γ) Των συναδέλφων του: Οι ενέργειες του κάθε νοσηλευτή μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη στάση του κοινού απέναντι των άλλων νοσηλευτών.

Η ευθύνη όμως του νοσηλευτή δεν σταματά εκεί. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος απέναντι στην ανθρωπότητα. Η πολλαπλή αυτή ευθύνη απαιτεί από το νοσηλευτή να μπορεί να λαμβάνει υπεύθυνες αποφάσεις. Για να μπορεί όμως κάποιος να αποφασίζει υπεύθυνα πρέπει:

- Να έχει γνώσεις.
- Να μην επηρεάζεται από εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες.

### **Διλήμματα στην αρχή της ζωής:**

#### **Αμβλώσεις.**

Κάποτε σε μια εποχή του χρόνου της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη προσγείωσε το διαστημόπλοιο του σε έναν άγνωστο πλανήτη. Ξεκινώντας την εξερεύνηση του πλανήτη συνάντησε κάτι περίεργα όντα. Τότε αναρωτήθηκε: «Άραγε τα όντα αυτά είναι άνθρωποι και πρέπει να τα σεβαστώ σαν ανθρώπους ή δεν είναι οπότε θα μπορώ να τα χρησιμοποιήσω σαν είδος τροφής;». Ξαφνικά όμως ο δυστυχής ταξιδιώτης ανακάλυψε ότι μόνος και εγκαταλειμμένος στα διάστημα προσπαθούσε να βρει την απάντηση σε ένα ερώτημα που στη γη ακόμα το συζητούσαν...

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλημμα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας μας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήμματος των αμβλώσεων, που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος «συγκλονίζει» απηχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος, δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούργιο δίλημμα. Ένα δίλημμα που πρόσφατα δημιουργήθηκε τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η άμβλωση βάσει του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση.

Όταν τέθηκε σε ισχύ ο Ν. 1609/86, αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, που διενεργούνται μέχρι την 12η εβδομάδα, ορίζοντάς την ταυτόχρονα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφο του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση

που κάποιος επιστήμονας υγείας δεν θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδησιακούς, αν και όπως παρατήρησε η Πρόεδρος του Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. κ. Σταυρούλα Παπαμικρούλη, στη Γενική Συνέλευση του Συνδέσμου το Μάρτιο του 1987, «ο νομοθέτης ενός τόσο αμφιλεγόμενου από ηθικής απόψεως νόμου, θα έπρεπε να προβλέψει τη δημιουργία ηθικών διλημμάτων στις συνειδήσεις του υγειονομικού προσωπικού».

Ο νόμος 1609/86 έθεσε τις άμβλώσεις στην προστασία του Κράτους, με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα μαιευτήρια και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ώστε το θέμα των άμβλώσεων να μεταβληθεί σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σε ένα δίλημμα που όχι απλώς ζητά απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην επέμβαση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απόλεια της θέσης του.

Το επείγον και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε μια υπεύθυνη απάντηση, αλλά και κάθε υπεύθυνη απάντηση απαιτεί ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατόν διεξοδική συζήτηση για όλες τις πτυχές του θέματος. Η προβληματική του θέματος των άμβλώσεων στρέφεται γύρω από κάποια βασικά ερωτήματα, όπως:

Πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβryo ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβryo γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής; Από της εμφανίσεώς της, η Ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση «ου μη δώσω πεσσόν φθόριον τη γυναικί», όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαίνεται ότι ήδη από τη σύλληψη του το έμβryo είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται. Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη Ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις.

Υπάρχουν, όμως, και κάποιες οδυνηρές σωματικές επιπλοκές από την άμβλωση που φτάνουν μέχρι και το θάνατο και έχουν σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας. Οι επιπλοκές αυτές δεν μπορούν να αποφευχθούν τελείως ακόμη και σε οργανωμένο, με σύγχρονα μέσα, μαιευτήριο.

Τελικά το ερώτημα παραμένει: έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Οπωσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Μπορούμε όμως να εμπιστευθούμε σ' αυτή μόνο την απάντηση; Έχουμε το δικαίωμα να παραθεωρήσουμε τη γνώμη του πατέρα; Κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε ν' αφήσουμε σ' εκείνον το

δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Έστω όμως ότι και οι δυο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού;

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του τόσο σαν υπάλληλος, όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος.

Στην προσπάθειά του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής: Η μελέτη του προβλήματος απέδειξε ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα που στρέφεται κατά της ζωής του παιδιού, της ψυχικής και σωματικής υπόστασης της μητέρας και της ασφάλειας του έθνους.

Από αυτά συνάγεται ότι:

- Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό μπορούν να θεωρηθούν συνεργοί στο έγκλημα.
- Καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή: «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η Σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου».
- Παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου στο κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει «ν' αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες». Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε στην αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει μόνο η γενική διατύπωση ότι «η Νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου».

Νοσηλευτική σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη, κι όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα κατά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου, αγάπη δεν υπάρχει. Ένα γνωστό νοσηλευτικό σλόγκαν λέει: "NO NURSES, NO FUTURE", δηλαδή, χωρίς νοσηλευτές η κοινωνία δεν έχει μέλλον. Το σλόγκαν θα πρέπει να διατυπωθεί: «χωρίς νοσηλευτές - ανθρώπους, η κοινωνία δεν έχει μέλλον».

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι της εργασίας του - γι' αυτό και η άρνηση προσφοράς υπηρεσίας μπορεί να έχει επιπτώσεις - είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα και ηθικά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.

Η βοήθεια που θα προσφέρει ο νοσηλευτής στη μητέρα μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει ο,τιδήποτε θα του συμβεί.

- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο, και με τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να την αντιμετωπίσει όχι με κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή.

### **Προβληματισμοί :**

- Πρέπει ο νοσηλευτής να δεχθεί διορισμό σε μια νοσηλευτική υπηρεσία, όταν εκ των προτέρων γνωρίζει ότι κατά την άσκηση του έργου του θα αναγκασθεί να έρθει σε σύγκρουση με τις θρησκευτικές και ηθικές του πεποιθήσεις;
- Σε ποιό φορέα πρέπει να απευθυνθεί ο νοσηλευτής για να λάβει οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των τυχόν ηθικών προβλημάτων που θα συναντήσει;
- Η παραίτηση από τη θέση του αποτελεί λύση για το πρόβλημα;
- Υπάρχουν άραγε άλλες λύσεις εκτός από την παραίτηση;
- Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα της άμβλωσης;
- Αν δεν διδαχθεί, μήπως δημιουργείται αντίθεση με το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, στον οποίο αναφέρεται ότι όλοι οι ασθενείς δικαιούνται κατάλληλη φροντίδα;
- Μπορεί ο εκπαιδευτής να μεταφέρει στους σπουδαστές ένα μήνυμα με το οποίο διαφωνεί;

## **Επίλογος:**

Ο νοσηλευτής καλείται να εφαρμόσει την προσωπική του επιλογή, η οποία προϋποθέτει υπευθυνότητα και συνειδησιακή ελευθερία, λαμβάνοντας υπ' όψιν του τα παρακάτω κριτήρια.

Τα διλήμματα στο χώρο της νοσηλευτικής δεν είναι παρά το αποτέλεσμα που έφερε ο επαναπροσδιορισμός των ηθικών αξιών στη σύγχρονη εποχή. Για να διευθετούνται, πρέπει κάθε απόφαση να λαμβάνεται με γνώμονα το ενδιαφέρον για τον άνθρωπο.

Οι αποφάσεις που αφορούν τον άρρωστο δεν μπορούν να αποτελούν πρόχειρες σκέψεις. Η μοναδικότητα του προσώπου και η ιερότητα της ζωής είναι δυο κριτήρια που μαζί με πολλή περίσκεψη πρέπει να κατευθύνουν την απόφαση. Ο άνθρωπος δεν είναι σύνολο κυττάρων, αποθήκη υλικού για πειράματα, οικονομική μονάδα της κοινωνίας, που η χρησιμότητά του διαρκεί μόνο όσο προσφέρει. Είναι πρόσωπο μοναδικό και ανεπανάληπτο.

Υπάρχουν όμως και τα προσωπικά διλήμματα. Πριν καταλήξει στην απόφαση του ο νοσηλευτής πρέπει βαθιά να συνειδητοποιήσει την ευθύνη απέναντι στο έργο του.

Πρώτο βήμα για την απόφαση είναι η ευαισθητοποίηση.

# Κεφάλαιο Πέμπτο

Η θεολογική και χριστιανική άποψη για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

## Εισαγωγή

Η διερεύνηση του θέματος της άμβλωσης με αντικειμενικό και σφαιρικό τρόπο απαιτεί να συμπεριληφθεί και η θέση της χριστιανικής εκκλησίας αναφορικά με αυτό. Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται όλα τα επιχειρήματα της εκκλησίας με τα οποία καθιστά κατανοητό το λόγο της αρνητικής στάσης που κρατά σταθερά αιώνες τώρα.

Στη βιβλιογραφία που ερευνήθηκε, η επιχειρηματολογία αρχίζει δίνοντας τον ορισμό της άμβλωσης και συνεχίζει περιγράφοντας τις μεθόδους και τις διαδικασίες που ακολουθούνται με τα μελανότερα χρώματα. Οι επιπλοκές και οι συνέπειες των εκτρώσεων περιγράφονται ενδελεχώς και δίνεται ιδιαίτερο βάρος στον κίνδυνο των ψυχολογικών επιπτώσεων. Τα παραπάνω δεν θα αναλυθούν σε αυτό το μέρος λόγω του ότι αναλύονται σε άλλο κεφάλαιο. Ακολουθούν απόψεις και αποσπάσματα από εκκλησιαστικά, επιστημονικά, και άλλα κείμενα τα οποία επεκτείνονται και στη νομική ή και δημογραφική άποψη του ζητήματος.

Συμπεριλαμβάνονται σχόλια από ανακοινώσεις και επιστολές της Διαρκούς Ιεράς Συνόδου οι οποίες στοιχειοθετούν την σύγχρονη στάση των εκκλησιαστικών οργάνων σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Επίσης, παρουσιάζονται εν συντομία θέσεις άλλων δογμάτων και εκκλησιών επί του θέματος.

Τα ερωτήματα «πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή; Είναι το ανθρώπινο έμβryo ψυχοσωματική ύπαρξη ή όχι»; απευθύνονται και στην θεολογία. Για την εκκλησία πηγή και χορηγός της ζωής είναι ο Δημιουργός Θεός. Χορηγεί τη ζωή σε όλα τα έμβια όντα και στον άνθρωπο, τον κατ' εικόνα και ομοίωση του πλασμένο. Επομένως κάθε άνθρωπος έχει αναφαίρετο δικαίωμα στη ζωή.



## **Η Αγία Γραφή σχετικά με τη δημιουργία του ανθρώπου.**

Στην Αγία Γραφή δεν βρίσκονται συγκεκριμένα εδάφια, τα οποία εκφράζουν καθαρά την άποψη του Χριστιανισμού για την άμβλωση, παρά μόνο νύξεις σχετικά με την εμφύχωση του εμβρύου. Η Γένεση μας πληροφορεί :

*«Έπλασεν ο Θεός τον άνθρωπον χούν από της γης και ενεφύσησεν εις το πρόσωπον αυτού πνοήν ζωής και εγένετο ο άνθρωπος εις ψυχήν ζώσαν».*

Το αποτέλεσμα της δημιουργίας είναι ο άνθρωπος ως ενιαία και αδιαίρετη ψυχοσωματική ύπαρξη της οποίας αρχή είναι η αθάνατη, ασώματη και ελεύθερη ψυχή. Αν και ο πρωτόπλαστος δεν ήλθε στη ζωή μέσω της γέννησης αλλά δημιουργήθηκε από τον Τριαδικό Θεό, δεν διαφέρει καθόλου από τους απογόνους του. Η σύζευξη ψυχής και σώματος θεωρείται αυτονόητη τόσο στους πρωτόπλαστους όσο και στους μετέπειτα ανθρώπους. Ο Μάξιμος ο Ομολογητής υποστηρίζει ότι είναι αδύνατον να υπάρξει το σώμα ή ψυχή άσχετα και ανεξάρτητα το ένα από το άλλο.

Η Έξοδος αναφέρει :

*«Εάν μάχονται δύο άνδρες και πατάξωσι γυναίκα εν γαστρί έχουσαν και εξέλθει το παιδίον αυτής μη εξεικονισμένον, επιζήμιον ζημειωθήσεται, καθότι αν επιβάλη ο ανήρ της γυναίκος, δώσει μετά αξιώματος. Εάν δε εξεικονισμένον η, δώσει ψυχήν αντί ψυχής, οφθαλμόν αντί οφθαλμού, οδόντα αντί οδόντος, χείρα αντί χειρός, πόδα αντί ποδός, κατάκαυμα αντί κατακαύματος, τραύμα αντί τραύματος, μώλωπα αντί μώλωπος».*

Δηλαδή, αν μάχονται δύο άνθρωποι και χτυπήσουν έγκυο γυναίκα και γεννηθεί το παιδί χωρίς βλάβη, ο δράστης θα πληρώσει όποιο πρόστιμο του επιβάλει ο σύζυγος της γυναίκας. Εάν γεννηθεί με σπουδαία βλάβη, τότε ο δράστης θα υποχρεωθεί να πληρώσει το αντίστοιχο τίμημα, δηλαδή ψυχή αντί ψυχής και ούτω καθ'εξής.

Το κείμενο αυτό προκάλεσε διάφορους διαξιφισμούς μεταξύ των πατέρων και θεολόγων των επόμενων αιώνων ως προς τη σημασία των λέξεων «μη εξεικονισμένον» και «εξεικονισμένον». Όποια όμως ερμηνεία και αν αποδοθεί στις λέξεις αυτές, είναι αυτονόητο ότι το

κυοφορούμενο έμβρυο θεωρείται ήδη ολοκληρωμένος άνθρωπος, με αδιαίρετη ψυχοσωματική οντότητα.

Στους Ψαλμούς υπάρχουν οι εξής πληροφορίες :

***«Επί σε επερρίφην εκ μήτρας, από γαστρός μητρός μου Θεός μου ει συ».***

Δηλαδή, ακόμα και όταν ήμουν έμβρυο στην κοιλιά της μητέρας μου, στην προστασία σου είχα ρίψει τον εαυτό μου Εσύ είσαι ο Θεός μου.

***«Επί σε επεστηρίχθην από γαστρός, εκ κοιλίας μητρός μου συ μου ει σκεπαστής».***

Δηλαδή, στηρίχθηκα σε σένα από τότε που ήμουν έμβρυο στη μήτρα, από την κοιλιά της μητέρας μου εσύ ήσουν ο προστάτης μου.

Στην α΄ Επιστολή προς Γαλιλαίους ο Απόστολος Παύλος ομολογεί ότι επελέχθη από τον Θεό ώστε να κηρύξει το Ευαγγέλιο ***«εκ κοιλίας μητρός»***, δηλαδή ταυτόχρονα με την έναρξη της ύπαρξης του.

Τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι από την στιγμή της σύλληψης του το έμβρυο θεωρείται ολοκληρωμένος άνθρωπος.

***Σύμφωνα με την Καινή Διαθήκη ο Ιησούς Χριστός είναι ο τέλειος Θεός αλλά και «άνθρωπος τέλειος εκ ψυχής λογικής και σώματος». Ήταν τέλειος σε ψυχή και σώμα «εν μήτρα» ή «εκ μήτρας» και μάλιστα «εξ αυτής της συλλήψεως» ή «εξ άκρας συλλήψεως».***

**Οι Πατέρες της εκκλησίας και οι Σύνοδοι σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων και την εμπύχωση του ανθρώπινου εμβρύου.**

Στα κείμενα των Πατέρων της εκκλησίας το ανθρώπινο έμβρυο θεωρείται ολοκληρωμένος άνθρωπος και αποκαλείται «βρέφος», «παιδί» ή «τέκνον» της μητέρας του όπως ακριβώς και το παιδί που έχει γεννηθεί. Η αμβλώση καταδικάζεται ρητά ως πράξη εγκληματική και απόλυτα κατακριτέα.

***«Φθείρασα κατ' επιτήδευσιν, φόνου δίκην υπέχει. Ακριβολογία δε εκμεμορφωμένου και ανξικόνιστου παρ' υμίν ουκ εστί».***

Το προαναφερθέν απόσπασμα ανήκει στον Μέγα Βασίλειο και ανευρίσκεται στον Β΄ Κανόνα του ο οποίος έχει επικυρωθεί από την Πανθέκτη Οικουμενική Σύνοδο και επομένως εκφράζει επίσημα την άποψη της εκκλησίας. Ο Μέγας Βασίλειος εννοεί ότι η γυναίκα η οποία προκαλεί ηθελημένα βλάβη (στο έμβryo που κυοφορεί), πρέπει να δικαστεί για φόνο. Για την εκκλησία η διάκριση του εμβρύου σε διαμορφωμένου ή αδιαμόρφωτου θεωρείται λεπτομέρεια κατ'επέκτασιν το θέμα δεν υφίσταται.

Στον Η΄ Κανόνα του ο Μέγας Βασίλειος χαρακτηρίζει φόνισσες και τις γυναίκες που δίνουν φάρμακα και τις γυναίκες που τα δέχονται με σκοπό την εκούσια θανάτωση του εμβρύου :

***«Και αι τοίνον τα αμβλωθρίδια διδούσαι φονεύτριαι εισί και αυταί και αι δεχόμεναι τα εμβρυοκτόνα δηλητήρια».***

Τα ίδια τονίζει ο ΚΑ΄ Κανόνας της Τοπικής Συνόδου στην Άγκυρα, ο 91<sup>ος</sup> Κανόνας της ΣΤ΄ Οικουμενικής Συνόδου και ο 66<sup>ος</sup> Κανόνας των Αγίων Αποστόλων.

Την ταυτόχρονη έναρξη της σύστασης της ψυχής και του σώματος καταδεικνύει καθαρότατα ο Γρηγόριος Νύσσης :

***«Μίαν και αυτήν ψυχής τε και σώματος αρχήν της συστάσεως...Μία είναι και κοινή της συστάσεως η αρχή...Εν ταις γενέσεως αφορμές συνισταμένη».***

Δηλαδή, η έναρξη και της ψυχής και του σώματος λαμβάνει χώρα την ίδια χρονική στιγμή την ώρα της γέννησης χωρίς να προηγείται η δημιουργία του ενός ή του άλλου. Δικαιολογεί την άποψη του προτάσσοντας την ζωοποιό ενέργεια της ψυχής και το ενιαίο του ανθρώπου ως ψυχοσωματική οντότητα.

Ο Άγιος Ιωάννης ο Δαμασκηνός γράφει :

***«Αμα δε το σώμα και η ψυχή πέπλασται, ου μεν πρότερον, το δε ύστερον κατά τα Ωριγένους ληρήματα».***

Δηλαδή, το σώμα και η ψυχή πλάσθηκαν ταυτόχρονα και όχι το ένα πρώτα από το άλλο, σύμφωνα με τις φλυαρίες του Ωριγένη.

Ο Άγιος Αναστάσιος ο Σιναίτης φέρεται να συμφωνεί :

***«Ούτε σώμα προ της ψυχής μου υφίσταται, ούτε ψυχή προ του σώματος. Ο άνθρωπος σπείρει εν μήτρα ουκ άψυχον ή ημιάνθρωπον, αλλά τέλειον ερχόμενον έμψυχον άνθρωπον».***

Ο «Όρος Πίστεως» της Δ΄ Οικουμενικής Συνόδου επεκτείνει αυτό το συλλογισμό :

Ο Θεάνθρωπος Κύριος έγινε *«ομοούσιος ημίν κατά την ανθρωπότητα, κατά πάντα όμοιος ημίν, χωρίς αμαρτίας».*

Δηλαδή, αποκλείεται κάθε διαφορά χρόνου πρόσληψης της ψυχής του ανθρώπου κάθε ανθρώπου και του Θεανθρώπου. Γιατί το παράδειγμα δεν είναι ο παλαιός Αδάμ αλλά ο νέος Αδάμ, ο Χριστός, το Πρότυπο και το Αρχέτυπο κάθε ανθρώπου.

Ο «Όρος της πίστεως» της Γ΄ Οικουμενικής Συνόδου αναφέρει ότι ο Ιησούς Χριστός είναι :

*«Άνθρωπος τέλειος εκ ψυχής λογικής και σώματος» «Ομολογούμεν (...) τον Κύριον ημών Ιησούν Χριστόν Θεόν τέλειον και άνθρωπον τέλειον εκ ψυχής λογικής και σώματος (...) και εξ αυτής της συλλήψεως ενώσαι εαυτώ τον εξ αυτής (=της Θεοτόκου) ληφθέντα ναόν (=η ανθρώπινη φύση)».*

Τελευταία αλλά διόλου ασήμαντη η έβδομη εντολή η οποία απαγορεύει ρητά το φόνο : *«Ου φονεύσεις».*

Τα κείμενα των Πατέρων της εκκλησίας και των Ιερών Συνόδων στα οποία βρίσκουμε πληροφορίες σχετικά με την ταυτόχρονη σύσταση της ψυχής και του σώματος του εμβρύου είναι άπειρα. Ομοίως, πιστοποιείται σε δεκάδες έγγραφα ότι το ίδιο συνέβη και στην περίπτωση του Χριστού, του οποίου η ανθρώπινη φύση είναι ταυτόσημη με των άλλων ανθρώπων. Συνεπώς, η ψυχή και το σώμα του Χριστού ως άνθρωπου υπήρξαν συγχρόνως από την πρώτη στιγμή της σύλληψης του όπως ακριβώς συμβαίνει και σε όλους τους άλλους ανθρώπους.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι για την εκκλησία σώμα και ψυχή αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο τα οποία συγκροτούν τον άνθρωπο από τη πρωταρχική στιγμή της ύπαρξης του, την σύλληψη. Για τον λόγο αυτό, η άμβλωση ή η κάθε απόπειρα της είναι πράξεις κολάσιμες από την επίγεια δικαιοσύνη αλλά και τον Θεό. Το γεγονός ότι ο Θεός επέλεξε αυτόν τον τρόπο να έλθει ο Υιός Του ανάμεσα στους ανθρώπους προσδίδει ακόμα μεγαλύτερη ιερότητα και αξία στη ζωή αλλά και στον ίδιο τον άνθρωπο. Επιπλέον, ο Χριστός είναι το Πρότυπο ή το Αρχέτυπο για κάθε άνθρωπο άρα ο άνθρωπος οφείλει να ακολουθεί το παράδειγμα Του.

Πώς είναι λοιπόν δυνατόν να αφαιρείται η ζωή ενός αθώου και ανήμπορου πλάσματος, το οποίο βρίσκεται ακόμα στη μήτρα της μητέρας του, ενώ θεωρείται άνθρωπος και πρέπει να απολαμβάνει των ίδιων δικαιωμάτων με τους άλλους ; Όταν μάλιστα ο Ιησούς Χριστός γεννήθηκε με τον ίδιο τρόπο ; Είναι ποτέ δυνατόν η εκκλησία η οποία διδάσκει την αγάπη να δεχθεί τη θανάτωση ενός άλλου ανθρώπου ;

Συμπερασματικά, το έμβρυο θεωρείται άνθρωπος με ψυχή και σώμα όχι από κάποιο συγκεκριμένο μήνα της εγκυμοσύνης ή από τη γέννηση του, αλλά ευθύς αμέσως από την έναρξη της ζωής του ως κύτταρο. Κατά την εκκλησία σε δύο μόνο περιπτώσεις είναι επιτρεπτή η άμβλωση, όταν η ζωή της μητέρας απειλείται από την εγκυμοσύνη της και όταν το έμβρυο λόγω σοβαρών δυσλειτουργιών δεν θα είναι δυνατό να επιβιώσει μετά την γέννηση του ή να αποτελεί ανθρώπινη προσωπικότητα. Σε αυτές τις ειδικές συνθήκες δεν συμπεριλαμβάνονται η νοητική καθυστέρηση, τα κινητικά προβλήματα κ.λπ.

### **Επιστημονικές απόψεις με τις οποίες είναι σύμφωνη η εκκλησία και τις χρησιμοποιεί κατά των αμβλώσεων.**

Ο Γάλλος ιατρός **Rene Biot** υποστηρίζει ότι μόλις υπάρξει ζωή, υπάρχει έμψυχος βίος,, οι ψυχικές δυνάμεις βρίσκονται εν υπνώσει λόγω του ότι ο οργανισμός του εμβρύου δεν είναι ακόμα αρκετά ανεπτυγμένος ώστε να καταστεί δυνατή η λειτουργία τους. Με την ίδια άποψη συνηγορεί και ο καθηγητής **Max Aron**. Ο Biot συμπληρώνει ότι δεν είναι δυνατό να οριστεί από τη σύλληψη και μετά συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά το οποίο η ψυχή διέρχεται του σώματος.

Το ο 1964 ο Σουηδός φωτογράφος **Lennart Nilson** φωτογράφησε για πρώτη φορά ανθρώπινο έμβρυο, οι φωτογραφίες του τα επόμενα χρόνια γίνονται όπλο στα χέρια της εκκλησίας και άλλων οργανώσεων που αντιτίθενται στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων . Ο ιατρός **Bernard Nathanson**, στα τέλη της δεκαετίας του 1970 με την ταινία «Σιωπηλή Κραυγή» έδειξε στο κοινό τις τελευταίες στιγμές του εμβρύου κατά την έκτρωση. Η μαρτυρία του Nathanson έχει ιδιαίτερη βαρύτητα λόγω του ότι ήταν πρωτεργάτης στην ίδρυση του **Naral**, γνωστού σήμερα σαν Εθνικός Σύνδεσμος Δράσης για το Δικαίωμα των αμβλώσεων. Στην ταινία του καταλήγει με το εξής σχόλιο: «Αν το κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου ήταν διάφανο, τι είδους νόμους θα είχαμε για την έκτρωση;»

Ο ψυχολόγος **Philip G.Ney** τονίζει ότι η κατάσταση της ψυχιατρικής ασθενούς επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο εάν έχει περιστατικό άμβλωσης στο παρελθόν της και αντιτίθεται στην τακτική της Καναδικής Ψυχιατρικής Εταιρείας να αιτιολογήσει την άμβλωση για ψυχιατρικούς λόγους, θεωρώντας την απαράδεκτη. Ο Δόκτωρ **Π. Δρακόπουλος** χαρακτηριστικά αναφέρει ότι από τη στιγμή που η επιστήμη αποδεικνύει ότι το έμβρυο είναι έμβιος οργανισμός, το φεμινιστικό κίνημα και το νομοθετικό όργανο δεν έχουν δικαίωμα γνωμάτευσης επ' αυτού. Συνεπώς η άμβλωση αφαιρεί τη ζωή αυτή, άρα θεωρείται έγκλημα. Ο καθηγητής Γυναικολογίας **Νικόλαος Λούρος** υποστηρίζει ότι η άμβλωση είναι φόνος εκ προμελέτης.

Στην προσπάθεια να αντικρούσουν τις διατάξεις του νόμου 1906/86 οι οποίες νομιμοποιούν την άμβλωση οι σύγχρονοι θεολόγοι θέτουν ως παραδείγματα τα εξής : Το δεύτερο άρθρο του Συντάγματος το οποίο κατοχυρώνει την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αρχή η οποία διέπει όλες του τις διατάξεις , καθώς και το πέμπτο άρθρο στο οποίο ορίζεται ως αποστολή της πολιτείας η προστασία της ζωής και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου. Επίσης το εικοστό πρώτο άρθρο το οποίο θέτει υπό την προστασία της πολιτείας τους θεσμούς της μητρότητας, του γάμου και της οικογένειας . Επισημαίνεται παράλληλα η αντίφαση μεταξύ νομικών διατάξεων με την αναφορά του άρθρου 1711 του Αστικού Δικαίου το οποίο καθιστά κληρονόμο το ανθρώπινο έμβρυο, το οποίο συνεπώς αναγνωρίζεται ανθρώπινη προσωπικότητα.

Η εκκλησία δεν αποδέχεται το νόμο 1906/86 και θεωρεί ότι έρχεται σε αντίθεση με τις προαναφερόμενες διατάξεις. Τονίζει όμως ότι ο νόμος αυτός αποποινικοποιεί την πράξη της άμβλωσης και δεν την νομιμοποιεί. Άρα η άμβλωση εξακολουθεί να θεωρείται εγκληματική πράξη ενάντια της ανθρώπινης ζωής, αλλά απλά αίρεται το αξιόποινό της. Στο επιχείρημα των οπαδών των εκτρώσεων, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι αμβλώσεις αποτελούσαν πάντα μέρος της ελληνικής πραγματικότητας χωρίς να τιμωρούνται, οπότε είναι καλύτερα τώρα που δεν θεωρούνται παράνομες, η εκκλησία ανταπαντά λέγοντας, ότι πάρα πολλά εγκλήματα διαπράττονται παράνομα (π.χ. φοροδιαφυγή, ψευδορκία κ.λπ), τα οποία μάλιστα είναι υποδεέστερα της ανθρώπινης ζωής, αλλά θα ήταν επιεικώς παράλογη και μόνο η σκέψη της αποποινικοποίησης τους

Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών της Δημογραφικής Εταιρίας, του Ιδρύματος Αντιμετώπισης Δημογραφικού προβλήματος και του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών υπάρχουν βάσιμοι φόβοι ότι σύντομα η Βαλκανική θα στερείται των Ελλήνων ενώ ο πληθυσμός της Τουρκίας και της Αλβανίας θα διπλασιάζεται κάθε 28 χρόνια ενώ της Ελλάδας κάθε 230. Η Ιερά Σύνοδος υποστηρίζει ότι κύριο αίτιο της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα είναι οι εκτρώσεις στοιχείο, στο οποίο σχετικό άρθρο της ιστοσελίδας της Χριστιανικής Φοιτητικής Ένωσης, αντιτίθεται αναγνωρίζοντας τις εκτρώσεις ως επιβαρυντικό παράγοντα και όχι ως αιτία της υπογεννητικότητας, επικαλούμενη νεότερες δημογραφικές έρευνες.

## **Επιστολές και ανακοινωθέντα της Διαρκούς Ιεράς Συνόδου για ψηφίσματα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.**

Τον Ιούνιο του 2001 η Διαρκής Ιερά Σύνοδος συνεδρίασε με αφορμή την προετοιμασία ψήφισης πρότασης από την Επιτροπή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για τα δικαιώματα της Γυναίκας και τις ίσες ευκαιρίες. Οι αποφάσεις της Συνόδου σχετικά με τα γυναικεία θέματα εστάλησαν με τη μορφή επιστολής από τον Πρόεδρο της Ιεράς Συνόδου Μακαριότατο Αρχιεπίσκοπο Χριστόδουλο προς τον πρωθυπουργό κ.Σημίτη. Στην επιστολή εκφράζεται η απόλυτη αντίθεση της Ορθόδοξης Εκκλησίας με την προτεινόμενη άποψη ότι η γυναίκα έχει δικαίωμα να αποφασίσει μόνη εάν, τότε και πόσα παιδιά θα αποκτήσει. Το «εάν» εκλαμβάνεται ως άμεση αναφορά στην έκτρωση, γεγονός το οποίο δημιουργεί αντίφαση δεδομένου του δεύτερου άρθρου της Χάρτας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων όπου κατοχυρώνεται ότι «κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη ζωή».

Κατά συνέπεια όχι μόνο αγνοείται η άποψη του συνδημιουργού πατέρα αλλά και καταπατείται το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή, το οποίο κανείς δε δύναται να αφαιρέσει. Η έμφαση που δίνεται στο δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει μόνη της για κάτι τόσο σημαντικό και ιερό οδηγεί στον απόλυτο ατομικισμό που θεωρείται ότι συμβάλλει στην υπονόμευση του οικογενειακού θεσμού.

Η Ιερά Σύνοδος προέβη σε ανακοινωθέν το Φεβρουάριο του 2003 σχετικά με την έκθεση της ευρωβουλευτού Ulla Margraethe Sandaek «για τη στήριξη των πολιτικών και των δράσεων που αφορούν στην αναπαραγωγή και τη σεξουαλική ζωή και τα συναφή δικαιώματα στις αναπτυσσόμενες χώρες». Η έκθεση κατά την εκκλησία προτείνει έμμεσα αφ' ενός τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων και αφ' ετέρου τρόπους σε συνάρτηση με οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες για να κατασταθεί δυνατή η υλοποίηση αυτού του σχεδίου.

Αναγνωρίζονται βεβαίως τα θετικά σημεία των προτάσεων (π.χ. την αποφυγή της άμβλωσης ως μεθόδου του οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ.), εντούτοις η Ιερά Σύνοδος εστιάζεται σε αυτά τα οποία θεωρεί αμφισβητήσιμα. Δηλώνει, ότι η έκτρωση δεν αποτελεί δικαίωμα αλλά ηθικά απαράδεκτη πράξη και η νομιμοποίηση της ανεπίτρεπτη κοινωνική εκτροπή και διαφωνεί ως προς την αποσιώπηση των δικαιωμάτων του εμβρύου. Προτείνει να είναι σαφής στο κείμενο η διασφάλιση των νομοθεσιών των αναπτυσσόμενων χωρών, οι οποίες θα λαμβάνουν ευρωπαϊκή υποστήριξη έτσι ώστε να εξαιρούν τις αμβλώσεις από την χρηματοδότηση εάν κρίνεται απαραίτητη.

## Θέσεις άλλων εκκλησιών.

**Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία.** Η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία θεωρεί την αντισύλληψη ως το απόλυτο κακό και ίσως κρατά την πιο αυστηρή στάση απέναντι στο θέμα της άμβλωσης η οποία δεν είναι δικαιολογημένη κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες και ως θρησκευτικό έγκλημα τιμωρείται με αφορισμό από τους κόλπους της εκκλησίας. Πριν από το 1869 η Καθολική εκκλησία υποστήριζε ότι σε πολύ μικρό στάδιο της εγκυμοσύνης το έμβryo δεν έχει ψυχή και ότι οι εκτρώσεις τόσο νωρίς δε θεωρούνταν σοβαρή αμαρτία. Το 1974 στην «Διακήρυξη για την προκαλούμενη άμβλωση» ο Πάπας επιβεβαίωσε ό,τι είχε προαναφέρει σε ομιλίες ή άλλα έγγραφα του ότι κάτω από καμία δικαιολογία δύναται κάποιος να καταλήξει στην έκτρωση είτε είναι οικογένεια είτε πολιτική αρχή ως μέσου ελέγχου των γεννήσεων. Τα 1982 διακήρυξε ότι όποιος αρνείται να υπερασπίσει το πιο αθώο και το πιο αδύναμο ανθρώπινο πλάσμα που έχει ήδη συλληφθεί, αλλά δεν έχει γεννηθεί, αντιβαίνει στον πιο σοβαρό κανόνα ηθικής τάξης. Δεν μπορούμε ποτέ να νομιμοποιήσουμε τον θάνατο.

**Μάρτυρες του Ιαχωβά.** Υποστηρίζουν ότι στα μάτια του Δημιουργού αποτελεί αμαρτία να φέρει κάποιος ένα παιδί στον κόσμο, το οποίο δεν είχε σκοπό να φροντίσει ή να προχωρήσει σε έκτρωση.

**Ευαγγελική Εκκλησία.** Οι Ευαγγελικοί πιστεύουν ότι η ζωή δίνεται από το Θεό και μόνο Εκείνος διατηρεί του δικαιώματος της αφαίρεσης της. Συνεπώς, η άμβλωση δεν συνιστάται σε καμία περίπτωση. Επιφυλασσόμαστε όμως, ως προς το ότι η Ευαγγελική Εκκλησία χωρίζεται σε διάφορες υπο-ομάδες και είναι πολύ πιθανό κάποια από αυτές να κρατά άλλη στάση επί του θέματος.

**Ισλάμ.** Οι Ισλαμιστές είναι ανεκτικοί ως προς τις αμβλώσεις μέχρι συγκεκριμένου σταδίου της εγκυμοσύνης, αλλά οι διάφορες υπο-ομάδες διαφωνούν στον ορισμό του σταδίου αυτού. Το Κοράνι πάντως, υποστηρίζει ότι όποιος αφαιρέσει τη ζωή αθώου είναι σα να σκοτώνει όλη την ανθρωπότητα ενώ όποιος τη σώζει σα να σώζει όλη την ανθρωπότητα.

**Ιουδαϊστές.** Η άμβλωση επιτρέπεται για θεραπευτικούς σκοπούς. Όταν π.χ. η ζωή της γυναίκας είναι σε κίνδυνο. Η ζωή της έχει προτεραιότητα έναντι της πιθανής ζωής του εμβρύου, το οποίο δεν θεωρείται ως ολοκληρωμένη ανθρώπινη ζωή μέχρι τα τελευταία στάδια της γέννησης.



**Βουδιστές.** Πιστεύουν στην μετεμψύχωση, ότι δηλαδή ο καθένας έρχεται ξανά και ξανά στη ζωή. Το πεπρωμένο σε αυτήν την ζωή και την επόμενη ελέγχεται από τον καρμικό νόμο και συσσωρεύεται καλό και κακό κάρμα μέσω των έργων, των λόγων και των σκέψεων του ατόμου. Θεωρούν οτιδήποτε είναι εν ζωή «διαισθαντικό όν» τα οποία δηλαδή έχουν την δυνατότητα να αντιληφθούν και να αισθανθούν και είναι συνδυασμός πνεύματος και σώματος. Ένα γονιμοποιημένο ωάριο θεωρείται «διαισθαντικό όν» και η άμβλωση του είναι συνώνυμη με φόνο.

**Ινδουιστές.** Πιστεύουν επίσης, στην μετεμψύχωση και ότι η έκτρωση αποτελεί φόνο και κατά συνέπεια βίαιη πράξη, η οποία έρχεται σε αντίθεση με την πίστη στην μη αποδοχή της βίας.

## **Κεφάλαιο Έκτο**

**Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων και των κινημάτων για την ελευθέρια της γυναίκας σχετικά με το θέμα της άμβλωσης.**

## **Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων και των κινημάτων για την ελευθερία της γυναίκας :**

Το θέμα της άμβλωσης έχει απασχολήσει κατά καιρούς, την εκκλησία, την ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη. Είναι, όμως, και ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες έχουν ξεκινήσει έναν αγώνα για τα δικαιώματα της γυναίκας και την ελευθερία της να αποφασίζει η ίδια για τον εαυτό αλλά και το σώμα της. Έτσι, άρχισαν να δημιουργούνται αρκετά φεμινιστικά κινήματα, όπως το Πρώτο Κόμμα Γυναικών στην Ελλάδα (Ιανουάριος '98).

Οι απόψεις των κινημάτων αυτών επικεντρώνονται στο ότι η άμβλωση είναι βασικό γυναικείο δικαίωμα, η οποία άποψη επεξηγείται παρακάτω:

Το γυναικείο κίνημα διαπιστώνοντας την πρόσφατη έντονη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης πάνω στο θέμα της άμβλωσης αποπειράται να ανιχνεύσει τις αιτίες για τις οποίες το φαινόμενο έχει λάβει τέτοιες διαστάσεις.

Ελάχιστοι διαπιστώνουν, ότι οι φορείς που έχουν αναλάβει το καθήκον της ενημέρωσης για την αντισύλληψη δεν είναι καταρτισμένοι με αποτέλεσμα πολλοί νέοι άνθρωποι (κοπέλες και αγόρια) που ξεκινούν την σεξουαλική τους δραστηριότητα να μην είναι επαρκώς ενημερωμένες/οι. Αυτό είναι το πρώτο και το βασικό στοιχείο που καταγράφεται σχετικά με το θέμα. Θεωρούν λοιπόν, ότι όλοι οι φορείς που σπεύδουν να πληροφορήσουν τον πληθυσμό, τον «βομβαρδίζουν» με στατιστικά στοιχεία για τις αμβλώσεις και τον ταραίζουν με τις «τρομερές» συνέπειες αυτής της επέμβασης. Κατ' επέκτασιν αποσκοπούν στην τρομοκράτηση χωρίς να πετυχαίνουν ουσιαστική ενημέρωση ενώ θα ήταν σωστότερο να ενημερώσουν κυρίως τους νέους ανθρώπους, για την αντισύλληψη. Εκφράζουν την υπόνοια ότι αυτό το γεγονός, λειτουργεί ως αντιπερισπασμός ώστε η προσοχή της κοινής γνώμης να στραφεί σε άλλη κατεύθυνση.

Κατονομάζεται ο Σύλλογος για την Προστασία του Αγέννητου Παιδιού ως η υποκινήτρια δύναμη όλου αυτού του θορύβου. Εκφράζουν το φόβο ότι πίσω από όλη αυτήν την δραστηριότητα εναντίων των αμβλώσεων και τη θλίψη για τα αγέννητα παιδιά, κρύβονται άλλοι στόχοι και άλλες επιδιώξεις.

Θεωρούν κάτι παραπάνω από πραγματική την υποψία ότι στο άμεσο ή απώτερο μέλλον ίσως τεθεί υπό αμφισβήτηση ο νόμος που ισχύει στη χώρα σχετικά με την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, ο οποίος ήταν το αποκορύφωμα των αγώνων του φεμινιστικού κινήματος κατά τη δεκαετία του '80. Τονίζουν ότι είναι ίσως ο πιο προοδευτικός από

όλους τους σχετικούς νόμους που ισχύουν σήμερα στην Ευρώπη, γεγονός το οποίο ενισχύει το προηγούμενο συμπέρασμα.

Παρατηρώντας την κατάσταση διεθνώς, διαπιστώνουν μία τάση προς την αμφισβήτηση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών. Είτε από ετερόκλητες συμμαχίες (Πάπας, Ισλαμιστές), είτε από την Ορθοδοξία και τις ελληνικές παραεκκλησιαστικές οργανώσεις σε τοπικό επίπεδο.

Λαμβάνεται πολύ σοβαρά η πιθανότητα ότι οι οργανώσεις αυτές ενδεχομένως να ζητήσουν την τροποποίηση του νόμου που ισχύει στην Ελλάδα στο άμεσο μέλλον. Ίσως ζητήσουν να ψηφιστούν διατάξεις οι οποίες θα ορίζουν ότι οι γυναίκες που θα ζητούν να κάνουν άμβλωση θα είναι υποχρεωμένες να επισκέπτονται πρώτα κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο, κάτι που ισχύει σε άλλες χώρες.

Καθίσταται όμως σαφές ότι αυτή η πρόταση δεν πρέπει να γίνει αποδεκτή κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Το φεμινιστικό κίνημα στις δεκαετίες 1970 και 1980 έδωσε μάχες ενάντια σ' αυτές τις διατάξεις οι οποίες, θεωρούν, ότι υπονομεύουν τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών και κατά συνέπεια υπονομεύουν το δικαίωμα στην επιλογή. Υποστηρίζουν ότι η απόφαση των γυναικών να διακόψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν λαμβάνεται χωρίς σκέψη. Η απόφαση αφορά ένα θέμα λεπτό εντελώς προσωπικής φύσης και η ελευθερία της λήψης αυτής της απόφασης θεμελιώδες και άρα αυτονόητο δικαίωμα της γυναίκας.

Η νομοθεσία, η οποία αποποινικοποιεί τις αμβλώσεις χρήζει υπεράσπισης από τα κινήματα, λόγω του ότι διασφαλίζει τα δικαιώματα των γυναικών και του ότι οι επεμβάσεις αυτές όταν διεξάγονται παράνομα, διεξάγονται κάτω από επισφαλείς συνθήκες και όρους που ενέχουν τρομερούς κινδύνους για τη ζωή, την υγεία, την ακεραιότητα και τη γονιμότητα των γυναικών. Παραδείγματα παράνομων αμβλώσεων οι οποίες είχαν επιβλαβή αποτελέσματα για τις γυναίκες υπάρχουν άπειρα, ως τη στιγμή που τέθηκε σε ισχύ ο νόμος για την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, γεγονός που αποδεικνύει τη χρησιμότητα της αποποινικοποίησης.

Οι φεμινίστριες θεωρούν απαραίτητη την επαγρύπνηση και την επιφυλακή, ώστε να μην καταργηθεί η νομική διάταξη για την αποποινικοποίηση. Παράλληλα κρίνεται εξίσου σημαντικός και ο αγώνας για τη διάδοση της αντισύλληψης. Η ενημέρωση εισέρχεται σε πρώτο πλάνο και προτείνονται οι εξής τρόποι:

- Η απαίτηση ύπαρξης της ανάλογης πληροφόρησης από ειδικούς σε όλα τα γυμνάσια της χώρας, η οποία αποτελεί συντελεστικό παράγοντα για την ευαισθητοποίηση των νέων και κατ' επέκτασιν της κοινής γνώμης.

- Η προσπάθεια για άμεση κατάρρευση των θεμάτων που χαρακτηρίζονται ως ταμπού ώστε οι γονείς να ενημερώσουν ανεπηρέαστοι τα παιδιά τους σχετικά με αυτά τα ζητήματα.
- Η διακίνηση του ανάλογου ενημερωτικού υλικού σε όλους τους χώρους και κυρίως σ' αυτούς που κινείται η νεολαία.
- Η ανάληψη από το ίδιο το φεμινιστικό κίνημα της ενημέρωσης για τις αντισυλληπτικές μεθόδους.
- Η υπεράσπιση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών γυναικείων δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο μέσω της εστίασης της προσοχής στην κατοχύρωση αυτών των δικαιωμάτων από σχετικές διεθνείς συμβάσεις.
- Η εκδήλωση της αλληλεγγύης του φεμινιστικού κινήματος, στις γυναίκες άλλων χωρών (π.χ. ΗΠΑ) που τα δικαιώματα αυτά τίθενται υπό αμφισβήτηση ή στις γυναίκες χωρών που η άμβλωση θεωρείται ποινικό αδίκημα (π.χ. Πολωνία, Ιρλανδία).

Η επίδειξη της αλληλεγγύης του φεμινιστικού κινήματος στις/ους γιατρούς που με μεγάλους κινδύνους υπερασπίζονται τα δικαιώματα αυτά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ολλανδική οργάνωση (Women on Waves), γιατροί στις ΗΠΑ που έχουν πέσει θύματα βίας επειδή διεξήγαγαν τέτοιου είδους επεμβάσεις αλλά και Έλληνες γιατροί που υπερασπίζονται τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών.

Επίσης, απαιτείται συσπείρωση και ενότητα μεταξύ των μελών του ελληνικού φεμινιστικού κινήματος. Τα δικαιώματα που έχει κατακτήσει, τα κατέκτησε με μεγάλους αγώνες οι οποίοι καθιστούν αναγκαία τη φροντίδα για τη διαφύλαξη τους.

Κάποια άλλα μέλη φεμινιστικών κινημάτων αναφέρονται στο ρατσισμό που επικρατεί πάνω στο θέμα των εκτρώσεων. Οι απόψεις που προβάλλονται έχουν μεγάλο ενδιαφέρον και φωτίζουν μία πλευρά των σύγχρονων εξελίξεων όσον αφορά το θέμα της άμβλωσης ιδωμένη, βέβαια, υπό το φεμινιστικό πρίσμα.

Το φεμινιστικό κίνημα πρόσφατα κατήγγειλε την ενεργή συμμετοχή του ΟΤΕ, με την έκδοση τηλεκαρτών, στον πόλεμο εναντίων των εκτρώσεων. Συμπεραίνει ότι το αυτονόητο δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν για τη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης συνεχίζει να αμφισβητείται από διάφορες πλευρές. Δεν πρόκειται για κάτι αντίστοιχο με αυτό που συμβαίνει σε άλλες χώρες -κατά κύριο λόγο στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Γαλλία-, όπου η αντίθεση στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων παίρνει τη μορφή ακόμη και αιματηρών τρομοκρατικών επιθέσεων.

Στην περίπτωση της Ελλάδας, η υπονόμηση του συγκεκριμένου δικαιώματος των γυναικών επιτυγχάνεται με ηπιότερα

-και γι' αυτό ίσως αποτελεσματικότερα- μέσα. Σχεδόν κανείς δεν διεκδικεί εμφανώς την αλλαγή της σχετικής νομοθεσίας. Ένα ευρύ, ωστόσο, φάσμα φορέων συμμετέχει στην εκ των υστέρων προσπάθεια για υποβάθμιση των φεμινιστικών αγώνων για τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων και συσχετίζει ρητά τις (νόμιμες) εκτρώσεις με ένα από τα μείζονα δεινά της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας: το δημογραφικό πρόβλημα και τους κινδύνους που απειλούν τη χώρα από εξωτερικούς και εσωτερικούς εχθρούς. Τελευταία προστέθηκε και η αλλοίωση της φυλετικής καθαρότητας των Ελλήνων από τον μεγάλο αριθμό παιδιών που αναμένεται να αποκτήσουν τα επόμενα χρόνια οι οικονομικοί μετανάστες: δημοσιογράφοι και εμπειρογνώμονες σπεύδουν στα μαιευτήρια για να ελέγξουν τους ανησυχητικούς ρυθμούς με τους οποίους έρχονται στον κόσμο τα ανεπιθύμητα μη ελληνόπουλα.

Προκειμένου για την προσφορά αποδείξεων για τους παραπάνω ισχυρισμούς αναφέρεται ως παράδειγμα, μια συνέντευξη Τύπου των διοργανωτών του 2<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Οικογενειακού Προγραμματισμού (18-20/02). Στην συνέντευξη αναφερόταν μεταξύ άλλων, ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη ευρωπαϊκή θέση σε αριθμό εκτρώσεων, κυρίως σε νέες γυναίκες. Στην ίδια συνέντευξη επισημάνθηκε ρητά η μείωση του αριθμού των εκτρώσεων κατά την τελευταία δεκαετία, όμως δεν αποδόθηκε η ίδια σημασία στο γεγονός. Την επομένη, σύσσωμος ο Τύπος διακήρυττε σε όλους τους τόνους ότι οι εκτρώσεις αφανίζουν τη χώρα: «Ελληνική πρωτιά στις εκτρώσεις», ενημέρωνε τους αναγνώστες ο σχετικά ψυχραιμος τίτλος των «Νέων». «Παρά το δημογραφικό πρόβλημα, θλιβερή πρωτιά για την Ελλάδα με 120.000 εκτρώσεις το χρόνο», εξηγούσε από την πλευρά του ο «Ελεύθερος Τύπος». «Πρωταθλήτρια Ευρώπης στις αμβλώσεις», συμπλήρωνε ο «Αδέσμευτος Τύπος», προσθέτοντας, σε τίτλο, το δίλημμα που υποτίθεται ότι ακόμη εκκρεμεί: «Φόνος ή δικαίωμα; Το ερώτημα που διχάζει». Πιο ρητή, για μια ακόμη φορά, η «Ελεύθερη Ώρα»: «Δημογραφικό πρόβλημα. Οι εκτρώσεις 'σβήνουν' την Ελλάδα...» (16/02).

Κατά την άποψη του φεμινιστικού κινήματος δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του σύγχρονου αυτού λόγου περί των εκτρώσεων που, δίχως να απαιτεί ρητά την αναθεώρηση της ισχύουσας νομοθεσίας, κατορθώνει με τα υπονοούμενα μηνύματα του να αμφισβητεί συστηματικά, το δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν ανεμπόδιστα για τη διακοπή ή μη, μιας εγκυμοσύνης. Το πρώτο συνίσταται στον αυτόματο συσχετισμό των εκτρώσεων με το "δημογραφικό πρόβλημα" και όχι, όπως θα ήταν λογικό, με τις αντισυλληπτικές πρακτικές και τις διαφοροποιήσεις τους στο πέρασμα του χρόνου. Το δεύτερο αφορά μια εσκεμμένη απόκρυψη: η

συνεχής πτωτική τάση του αριθμού των εκτρώσεων που διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια παραμένει αόρατη, προφανώς επειδή η παραδοχή του στατιστικού αυτού δεδομένου θα ερχόταν σε αντίφαση με τις κινδυνολογικές ιαχές περί αφανισμού του ελληνικού έθνους. Αλλά ο αριθμός των εκτρώσεων ανερχόταν σε 300.000 πριν από δεκαπέντε χρόνια και τώρα αντίστοιχες (κατά προσέγγιση) μετρήσεις τις υπολογίζουν στις 100.000. Θεωρούν αδιανόητο το γεγονός ότι η εξέλιξη αυτή δεν αξιολογείται θετικά.

Στο σημείο αυτό το φεμινιστικό κίνημα επιτίθεται σε παράγοντες τους οποίους θεωρεί πολέμιους του δικαιώματος των γυναικών να καταφεύγουν στη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όπως ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού ο οποίος φέρεται να έχει ιδεολογικές συγγένειες με τις αμερικανικές οργανώσεις που υπερασπίζονται το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή (pro-life organizations). Έναν αντίστοιχο, προφανώς λιγότερο δραστήριο, σύλλογο εντοπίζει και στις σελίδες του περιοδικού "Πολύτεκνη Οικογένεια" της Πανελλήνιας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων: πρόκειται για τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, ο οποίος διαφημίζεται με το σύνθημα "Πρόληψη-Θεραπεία Εκτρώσεων" και δηλώνει έτοιμος να βοηθήσει "κάθε έγκυο γυναίκα, μάλιστα 'άγαμη', που αντιμετωπίζει κίνδυνο ή πειρασμό Εκτρώσεως". Ενδεικτική θεωρείται -αν όχι ανησυχητική- και η συνέχεια της καταχώρισης: "Το ίδιο (δηλαδή η ίδια πρόσκληση) ισχύει και για όσους γνωρίζουν εγκύους που κινδυνεύουν να οδηγηθούν σε έκτρωση", σημειώνουν οι υπεύθυνοι του συλλόγου, χωρίς να διευκρινίσουν πώς ακριβώς χειρίζονται τις πληροφορίες αυτού του τύπου. Επίσης, έχουν εκφραστεί για το είδος της βοήθειας που προσφέρεται καθώς υπάρχουν υπόνοιες για παράνομες υιοθεσίες.

Τέλος, κάποια φεμινιστικά κινήματα αναφέρονται στη βία που υπόκεινται οι γυναίκες που αποφασίζουν να υποβληθούν σε άμβλωση και υποστηρίζουν τα δικαιώματα του αυτοκαθορισμού και της ελευθερίας της γυναίκας.

Σύμφωνα λοιπόν, με τις απόψεις τους η έκτρωση δεν αποτελεί έγκλημα αλλά αναφαίρετο δικαίωμα κάθε γυναίκας. Καταρχήν διότι με τη γέννηση ενός παιδιού μόνο η ζωή της γυναίκας υπόκειται σε ριζικές αλλαγές. Κι όμως οι πολέμιοι των εκτρώσεων τοποθετούν τα δικαιώματα μιας αγέννητης ζωής, που ούτε έχει διαμορφωθεί ούτε διαθέτει συνείδηση, πάνω από τα δικαιώματα της γυναίκας. Σύμφωνα με την λογική τους η γυναίκα δεν είναι αποτελεί αυτόνομο πρόσωπο, αλλά απλά τον φορέα ενός "παιδιού", απλά μια μηχανή αναπαραγωγής.

Η λογική αυτή ακολουθία, κατά τις φεμινίστριες, δεν είναι νεοεμφανιζόμενη στην επιχειρηματολογία των πολέμιων των

αμβλώσεων. Εναρμονίζεται πλήρως με τις παραδοσιακές αντιλήψεις για τις γυναίκες. Από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όταν ανακαλύφθηκαν οι πρώτες αντισυλληπτικές μέθοδοι, οι αντίπαλοι τους τις ονόμαζαν έγκλημα. Το να είναι μια γυναίκα σε θέση να αποφασίζει για την εγκυμοσύνη της, θεωρήθηκε καταστρεπτικό, γιατί σήμαινε την ανατροπή των παραδοσιακών σχέσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρόλα αυτά οι γυναίκες αποκτούσαν σεξουαλική ισοτιμία με τους άνδρες. Ταυτόχρονα τοποθετούνταν τα θεμέλια για να είναι σε θέση οι γυναίκες να έχουν τον έλεγχο του σώματός τους και της ζωής τους. Θεμελιώνονταν οι βάσεις της αμφισβήτησης από τις γυναίκες των παραδοσιακών τους ρόλων και της εξόδου τους από το σπίτι. Πλέον οι γυναίκες αποδεσμευόντουσαν από τις κοινωνικές επιταγές και ξεκινούσαν την διεκδίκηση της ισοτιμίας. Και πράγματι ο στόχος αυτός επετεύχθη. Με την διάδοση της αντισύλληψης, άρχισε η πάλη για τη νομιμοποίησή της, παράλληλα με την πάλη για ίσες ευκαιρίες εργασίας, ίση αμοιβή αντρών και γυναικών και δικαίωμα ψήφου στις γυναίκες.

Σήμερα, τη στιγμή που το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού της γυναίκας είναι νομικά κατεκτημένο στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, η επιχειρηματολογία εξελίσσεται σε « ανθρωπιστική » κατά τις φεμινίστριες. Ωστόσο ο ανθρωπισμός αυτός ισχύει μονάχα για το έμβρυο και όχι για τη γυναίκα. Η ελεύθερη απόφαση της γυναίκας να προχωρήσει στην διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται εγκληματική πράξη και δολοφονία, κατηγορία η οποία απορρέει από το γεγονός ότι η γυναίκα είναι σε θέση με την κάλυψη του νόμου να ελέγχει το σώμα της. Συγχρόνως σε όλες τις πολεμικές κατά των εκτρώσεων δεν παρατηρείται καμία αναφορά στην ευθύνη που φέρει για το γεγονός ο πατέρας. Σε κανένα σημείο δεν χαρακτηρίζεται εκείνος ως δολοφόνος, ούτε του ανατίθεται το καθήκον της ανατροφής ενός (ανεπιθύμητου) παιδιού. Κατά την άποψη του φεμινιστικού κινήματος, η στάση αυτή αιτιολογείται από την εμμονή της σύγχρονης κοινωνίας να συνεχίζει να διατηρεί τη διπλή ηθική που χαρακτηρίζει τις ταξικές κοινωνίες.

Υποστηρίζεται ότι για τις περισσότερες γυναίκες η επιλογή να διακόψουν ή όχι μια εγκυμοσύνη δεν αποτελεί σήμερα πραγματική επιλογή. Μεγάλο ποσοστό γυναικών αναγκάζονται να κάνουν έκτρωση, καθώς δεν διαθέτουν τα μέσα να συντηρήσουν το παιδί τους και να το μεγαλώσουν. Τα κρατικά επιδόματα για τα παιδιά είναι ελάχιστα, οι παιδικοί σταθμοί στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί και ακριβοί και τα μετέπειτα έξοδα ενός παιδιού, όταν πάει σχολείο, ή όταν θέλει να σπουδάσει κ.ο.κ. είναι υπέρογκα.

Άλλες γυναίκες φοβούνται να κρατήσουν ένα παιδί αν δεν τελούν υπό καθεστώς γάμου λόγω της κοινωνικής κατακραυγής.



Θεωρούνται ως « ελευθέρων ηθών » και αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο με την οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο όσο και από τους εργοδότες τους. Το ίδιο το παιδί βέβαια βάλλεται σε όλη του τη ζωή με χαρακτηρισμούς του τύπου « εξώγαμο » και « μπάσταρδο ». Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η κατάσταση των γυναικών που διαβιούν στην επαρχία και πρέπει να κρατήσουν την εγκυμοσύνη τους μυστική, καταλήγοντας συχνά στην έσχατη λύση των εκτρώσεων στο σπίτι μέσα σε πρωτόγονες συνθήκες διακινδυνεύοντας την ζωή τους, αν και αυτά τα περιστατικά τείνουν να εκλείψουν.

Βέβαια μία εγκυμοσύνη δικαιολογείται από πολλές άλλες αιτίες. Μία μεγάλη ομάδα γυναικών επιθυμούν να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους, γιατί δεν είναι έτοιμες να γίνουν μητέρες, ή απλά γιατί δεν επιθυμούν να γίνουν μητέρες κάτι το οποίο αποτελεί αναμφισβήτητα δικαίωμά τους. Όταν όμως αυτές οι γυναίκες είναι χαμηλόμισθες ή έφηβες δυσκολεύονται πολύ να επιλέξουν ελεύθερα μια άμβλωση λόγω του υψηλού χρηματικού ποσού που απαιτείται. Τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν το κόστος και οι γυναίκες δεν έχουν άλλη επιλογή παρά να αποταθούν στην καλοσύνη του κάθε γιατρού για την διευθέτηση του ποσού.

Για να αποτελεί η επιλογή της έκτρωσης καθαρά επιλογή της γυναίκας, σύμφωνα με το φεμινιστικό κίνημα, απαιτείται:

- Δωρεάν έκτρωση, που να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Περισσότερες κλινικές εκτρώσεων, στα αστικά κέντρα και την επαρχία, που να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες, καθώς και απόλυτη εχεμύθεια.
- Αυξημένα επιδόματα για τα παιδιά και δωρεάν παιδικοί σταθμοί για τις γυναίκες που επιθυμούν να κρατήσουν το παιδί τους.

Σε πολλές χώρες τα ήθη έχουν ήδη αλλάξει και η σεξουαλική ελευθερία των γυναικών δεν αποτελεί στοιχείο πρόκλησης για την κοινωνία. Υπάρχουν και χώρες όπου οι γυναίκες απολαμβάνουν την ελευθερία να φέρνουν στον κόσμο και να μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά τους.

Όμως, τα παραδείγματα αυτά είναι κάπως περιορισμένα σε σχέση με τα παγκόσμια δεδομένα. Ακόμα και σήμερα, για παράδειγμα, σε πολλές χώρες, η αντισύλληψη είναι άγνωστη ή δεν διαδίδεται επαρκώς, ποινικοποιούνται οι αμβλώσεις και οι γυναίκες διώκονται για την άσκησή τους. Με τέτοιου είδους μέσα, για τα οποία ιθύνοντες είναι τα κράτη αλλά και οι διάφοροι συντηρητικοί κύκλοι, αποπειράται να ασκείται έλεγχος στα σώματα και κατ' επέκταση και στις ζωές των γυναικών.

Η κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι η ίδια υπεύθυνη και να επιλέγει αν, τότε και πόσα παιδιά θα φέρνει στον κόσμο. Μόνο τότε έχει την αξία

της και η ίδια η μητρότητα, όταν είναι αποτέλεσμα της ελεύθερης επιλογής και διάθεσης των ατόμων.

**Μανιφέστο των γυναικών που υιοθετήθηκε στο κλείσιμο της ευρωπαϊκής συνέλευσης στις 12 Νοεμβρίου 2003.**

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Φόρουμ στο Παρίσι υποστηρίχθηκε το θεμελιώδες δικαίωμα των γυναικών να διαθέτουν ελεύθερα το σώμα τους, να επιλέγουν ελεύθερα την άμβλωση για την διακοπή της εγκυμοσύνης, της οποίας η ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να κατοχυρωθεί, την διάδοση της αντισύλληψης για όλες τις χώρες της Ευρώπης.

**Διακήρυξη του 4<sup>ου</sup> Παγκόσμιου Συνεδρίου για τη γυναίκα (Τόκιο 4-15 Σεπτεμβρίου 1995).**

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της διακήρυξης που αφορά στην υγεία των γυναικών ορίζεται η υγεία του αναπαραγωγικού συστήματος ως μία κατάσταση ολοκληρωμένης φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή ανωμαλίας, σε όλα τα θέματα τα οποία σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα στις λειτουργίες και τις διαδικασίες του. Ο παραπάνω ορισμός υπαινίσσεται ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να έχουν ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή και τη δυνατότητα της αναπαραγωγής και την ελευθερία να αποφασίζουν εάν, πότε και πόσο συχνά θα δρουν κατ' αυτό τον τρόπο. Άρα άνδρες και γυναίκες διατηρούν του δικαιώματος της πληροφόρησης και της πρόσβασης σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, οικονομικές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους. Επίσης, έχουν το δικαίωμα επιλογής και άλλων μεθόδων για τη διαχείριση της γονιμότητας, που δεν έρχονται σε αντίθεση με το νόμο και το δικαίωμα πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Αυτά, απορρέουν από την αναγνώριση σε διεθνές επίπεδο, του βασικού δικαιώματος όλων των ζευγαριών και των ατόμων να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τον χρόνο της γέννησης των παιδιών τους και της ενημέρωσης και των μεθόδων με τις οποίες έχουν τη δυνατότητα να δρουν κατ' αυτό τον τρόπο. Συμπεριλαμβάνεται η δυνατότητα να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους ελεύθεροι από διακρίσεις, απειλές, εξαναγκασμό ή βία, όπως εκφράζονται στα έγγραφα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Τα δικαιώματα των γυναικών περιλαμβάνουν την δυνατότητα να ελέγχουν και να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα σε ζητήματα, τα οποία σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα τους (σεξουαλική- υγεία αναπαραγωγικού συστήματος. Οι ισότιμες σχέσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων, αναπαραγωγής και του σεβασμού της ακεραιότητας του ατόμου, απαιτούν αμοιβαίο σεβασμό, συναίνεση και αμοιβαία υπευθυνότητα για τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις συνέπειες της. Τονίζεται ότι η ικανότητα των γυναικών να ελέγχουν την γονιμότητα τους, διαμορφώνει μία σημαντική βάση για να απολαμβάνουν και άλλα δικαιώματα.

Όσον αφορά την άμβλωση αναφέρεται ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προωθείται ως μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού. Όλες οι κυβερνήσεις, οι σχετικές διακρατικές και μη-κυβερνητικές οργανώσεις ωθούνται στην ενδυνάμωση της δέσμευσης τους έναντι της υγείας των γυναικών, στην αντιμετώπιση του αντίκτυπου των επικίνδυνων αμβλώσεων στην υγεία ως θέμα μεγάλου δημόσιου ενδιαφέροντος και στην προσπάθεια μείωσης της διεξόδου προς την άμβλωση μέσω διευρυμένων και βελτιωμένων υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε αξιόπιστη ενημέρωση και φιλική συμβουλευτική υποστήριξη. Στην αποτροπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης πρέπει να δίνεται πάντα υψηλή προτεραιότητα και θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για αυτήν την επέμβαση. Κάθε είδος μέτρου ή προτεινόμενων αλλαγών μέσα στα πλαίσια του συστήματος υγείας πρέπει να αποφασίζονται μόνο σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο σύμφωνα με την εθνική νομοθετική διαδικασία. Σε συνθήκες κατά τις οποίες οι αμβλώσεις δεν αντιτίθενται στους ισχύοντες νόμους, οι επεμβάσεις αυτές πρέπει να διεξάγονται σε ασφαλή περιβάλλοντα. Σε όλες τις περιπτώσεις οι γυναίκες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες, οι οποίες θα τις βοηθήσουν να ξεπεράσουν τις ενδεχόμενες επιπλοκές από την επέμβαση. Μετά την άμβλωση πρέπει να ακολουθήσει άμεσα η ανάλογη υποστήριξη, εκπαίδευση και οικογενειακός προγραμματισμός, που θα λειτουργούν επιπλέον ως πρόληψη για επόμενες αμβλώσεις. Επιπροσθέτως πρέπει να τεθεί υπ' όψιν το ζήτημα της αναθεώρησης των νομικών διατάξεων, οι οποίες περιέχουν άρθρα με ποινικά μέτρα εναντίον γυναικών που έχουν προχωρήσει σε παράνομες αμβλώσεις.

Στην εθνική έκθεση της Ελλάδας για το ίδιο συνέδριο αναφέρεται ότι το 7-14% των Ελληνίδων δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο και σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης προχωρούν σε αμβλώσεις, το ποσοστό των οποίων αγγίζει τις 120.000 ετησίως. Επίσης, η εκστρατεία ενημέρωσης για την αντισύλληψη που ξεκίνησε το 1985 απορροφήθηκε στην πορεία από την εκστρατεία κατά του AIDS.

Αργότερα ατόνισε και αυτή. Η αύξηση των αμβλώσεων από 15% σε 25% στα κορίτσια κάτω των 20 ετών οφείλεται τόσο σε αυτό το γεγονός όσο και σε προβλήματα στη χρήση και στην ποιότητα των προφυλακτικών, τα οποία δεν είναι διεθνών προδιαγραφών. Δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες για την ενημέρωση γύρω από θέματα εφηβικής γυναικολογίας και σεξουαλικής αγωγής.

Κατά καιρούς έχουν εκφραστεί και αντίθετες από τις προηγούμενες απόψεις από εκπροσώπους του φεμινιστικού κινήματος οι οποίες προκαλούν έκπληξη με το τόσο διαφορετικό περιεχόμενο των επιχειρημάτων τους.

Η Susan B. Anthony, εκ των θεμελιωτών του φεμινιστικού κινήματος πιστεύει ότι ανεξάρτητα από το κίνητρο το οποίο ωθεί τη γυναίκα να προχωρήσει στην απεχθή πράξη της άμβλωσης είναι ένοχη και έτσι θα νιώθει μέχρι το τέλος της ζωής της. Ακόμα περισσότερο ένοχος είναι εκείνος ο οποίος την ωθεί σε μία τέτοια απόφαση. Στα γραπτά κείμενα της αναφέρει την άμβλωση ως φόνο παιδιού και θεωρεί άδικο και αδικαιολόγητο το γεγονός ότι ο πατέρας δεν αναφέρεται καθόλου στη βιβλιογραφία και ως εκ τούτου άμοιρος ευθυνών. Επισημαίνει ότι το πρόβλημα είναι επιτακτική ανάγκη να χτυπηθεί στη ρίζα του και για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός πρέπει οι μέθοδοι αντισύλληψης να γίνουν ευρύτατα γνωστοί (1869).

Η Emma Goldman το 1911 παρατηρεί ότι οι αμβλώσεις στην Αμερική έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας και ότι γενεσιουργός αιτία του προβλήματος είναι η οικονομική ανέχεια.

Η Alice Paul, η συγγραφέας της πρωτότυπης «Τροπολογίας περί Ίσων Δικαιωμάτων», πίστευε ότι η άμβλωση αποτελεί την έσχατη εκμετάλλευση των γυναικών.

Η Frederica Mathewes Green, υπέρμαχος των αμβλώσεων άλλαξε άποψη όταν έμαθε λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο που διεξάγονται οι αμβλώσεις κατά τις τελευταίες εβδομάδες, τις συνέπειες που έχουν για την υγεία της και το ποιοι επωφελούνται από τις αμβλώσεις. Θεωρεί ότι η γυναίκα έχει δικαίωμα και υποχρέωση να φροντίζει το σώμα της και η έκτρωση έρχεται σε αντίθεση με αυτές τις αρχές.

## **Ανάπτυξη και σχολιασμός των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα**

## Εισαγωγή :

Η άμβλωση αποτελεί ζήτημα, το οποίο διχάζει και δημιουργεί αντιθέσεις, που οδηγούν τα αντιπαραβαλλόμενα μέρη ακόμα και σε ακρότητες. Τα φαινόμενα αυτά, αν και παρουσιάζονται σε παγκόσμιο επίπεδο, λαμβάνουν χώρα, κυρίως, σε αναπτυγμένες κοινωνίες, όπου ο διάλογος για το φλέγον αυτό θέμα τα τελευταία χρόνια εντείνεται όλο και περισσότερο.

Σε μία τόσο παραδοσιακή κοινωνία όσο η ελληνική, όπου η θρησκεία, η πυρηνική οικογένεια και οι ηθικές αντιλήψεις έχουν πρωτεύοντα ρόλο στην καθημερινή ζωή, η άμβλωση θεωρείται θέμα «ταμπού» και αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη προκατάληψη. Ωστόσο η πρόσβαση της γυναίκας στην εκπαίδευση, η δυναμική είσοδός της στον επαγγελματικό στίβο και στα κοινά της προσέδωσαν ελευθερία επιλογών και κινήσεων. Η νέα αυτή πραγματικότητα, με τη επίδραση και άλλων παραγόντων, δημιούργησε εύφορες συνθήκες για την ανάπτυξη αντίλογου στην ευρύτατα διαδεδομένη αρνητική στάση για την άμβλωση.

Το πολυδιάστατο αυτό θέμα, όπως ήταν αναμενόμενο, απασχόλησε μέσα στους αιώνες την ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα. Στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης εν προκειμένω, όπου ο αντικειμενικός σκοπός της είναι η προαγωγή της υγείας και διαφύλαξη της ζωής, η άμβλωση αποτελεί ουσιαστική πρόκληση για τον νοσηλευτή, ο οποίος είναι υπόλογος στον εαυτό του, τον νόμο και τον εργοδότη του. Η σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών του απόψεων και του επαγγελματικού του καθήκοντος τον θέτει προ του διλήμματος της συμμετοχής του ή μη στην τεχνητή διακοπή μίας εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι αντιτίθεται στην πράξη αυτή. Είναι όμως ορθή μία κάθετα αρνητική ή θετική απάντηση στα ερωτήματα που ταλανίζουν το νοσηλευτικό κλάδο σε σχέση με το όσο ποτέ επίκαιρο ζήτημα της άμβλωσης;

## **Σκοπός :**

Τα προβλήματα και οι διαξιφισμοί που έχουν συνδεθεί κατά καιρούς με τις εκτρώσεις, είναι ευρέως γνωστά. Η συζήτηση για το συγκεκριμένο θέμα μοιάζει να μην έχει τέλος, καθώς οι περισσότεροι από εμάς έχουν έλθει αντιμέτωποι με το ζήτημα είτε λόγω προσωπικής εμπειρίας, είτε λόγω του γενικού προβληματισμού που επικρατεί γύρω από αυτό. Στο νοσηλευτικό χώρο, όμως, κάποιοι πρόσθετοι παράμετροι, καθιστούν τη θέση του νοσηλευτή πιο δυσχερή από άλλων ανθρώπων, λόγω του ότι οφείλει να πράξει το καθήκον του, να μείνει πιστός στις προσωπικές του αρχές και τις αρχές που διέπουν το επάγγελμα.

Στην παρούσα έρευνα καταβάλλεται η προσπάθεια να καταγραφεί το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών-τριών και των φοιτητών-τριών νοσηλευτικής σχετικά με την έκτρωση και τις επιπλοκές της καθώς και οι πηγές από όπου αντλήθηκαν οι συγκεκριμένες γνώσεις. Επιπλέον προσδιορίζονται, η συχνότητα των ανεπιθύμητων κυήσεων και αμβλώσεων και τα αίτια τους στο δείγμα, όπως επίσης η επίδραση των θρησκευτικών και κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση των απόψεών τους. Παράλληλα, παρατίθενται οι προτάσεις των ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα, των οποίων η λήψη κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να περιοριστεί το φαινόμενο και τα παρελκόμενα αυτού.

## **Υλικό-Μέθοδος :**

Το υλικό στην έρευνα που ακολουθεί, αποτέλεσαν 160 νοσηλεύτριες-τριες και φοιτητές-τριες νοσηλευτικής. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε στο ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο του Ηρακλείου, στο χώρο των Τ.Ε.Ι. του Ηρακλείου Κρήτης και στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» Αθηνών.

Για τις ανάγκες της μελέτης συντάχθηκε φόρμα συλλογής στοιχείων που παρατίθεται παρακάτω. Τα αποτελέσματα αναλύονται με πίνακες κατανομής συχνοτήτων.



## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**1. Φύλο:**

Άνδρας  
Γυναίκα

**2. Ηλικία:**.....

**2. Ιδιότητα:**

Σπουδαστής / Σπουδάστρια νοσηλευτικής.....Εξαμήνου  
Νοσηλευτής / Νοσηλεύτρια

**3. Θρήσκευμα:**.....

**5. Τόπος καταγωγής:**.....

**6. Οικογενειακή κατάσταση:**

Έγγαμος:  
Πόσα παιδιά έχετε:.....  
Άγαμος  
Διαζευγμένος

**7. Πηγές ενημέρωση για το θέμα της άμβλωσης:**

Γονείς  
Μέσα ενημέρωσης  
Φίλοι  
Σχολείο  
Άλλο.....

**8. Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;**

Ναι  
Ναι, η εγκυμοσύνη διεκόπη  
Όχι



**9. Ποιοι παράγοντες ήταν οι καθοριστικότεροι για την απόφασή σας;**

Ηλικία  
Καριέρα  
Αμφιβολία για τον σύντροφο  
Κοινωνικοί παράγοντες  
Θρησκευτικές αντιλήψεις  
Άλλο.....

**10. Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θ' απευθυνθείτε;**

Στον σύντροφο  
Γονείς  
Φίλοι  
Γυναικολόγο  
Ψυχολόγο  
Εκκλησία  
Κέντρα υποστήριξης νέων  
Άλλο.....

**11. Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην γονιμότητα της γυναίκας;**

Ναι  
Όχι

**12. Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψή σας;**

Από τη σύλληψη  
Από την γέννηση  
Από τον.....μήνα της εγκυμοσύνης

**13. Αν ο νοσηλευτής δεν συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία;**

Ναι  
Μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις.  
Αναφέρατε ποιες:.....  
Όχι

**14. Συμφωνείτε με την άποψη της Εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία;**

Ναι  
Όχι

**15. Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα της άμβλωσης;**

Αξιόπιστη πληροφόρηση από τα μέσα ενημέρωσης σχετικά με την αντισύλληψη

Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία.

Διαφημιστική προώθηση για την αντισύλληψη.

Η οικογένεια

Όλα τα παραπάνω

Άλλο:.....

**16. Ποια είναι η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των άμβλώσεων;**

Υπέρ  
Κατά

Ένα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψη σας.....

.....

**17. Ποιες είναι οι δικές προτάσεις και παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης;**

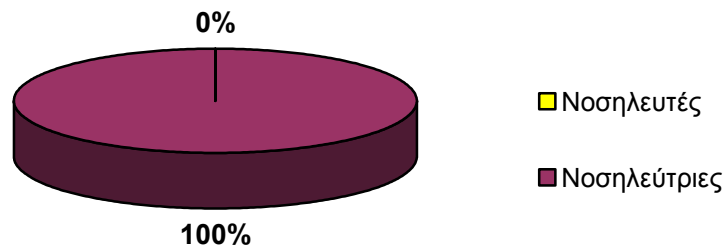
A).....

B).....

Γ).....

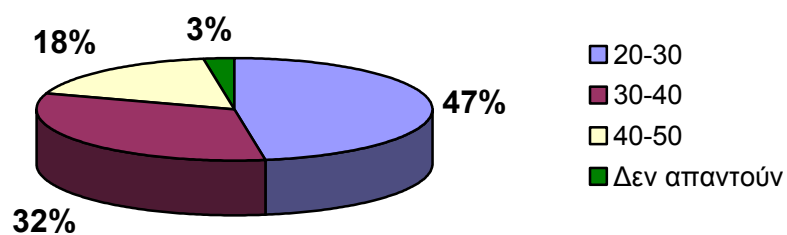
Δ).....

## 1) Φύλο/Ιδιότητα



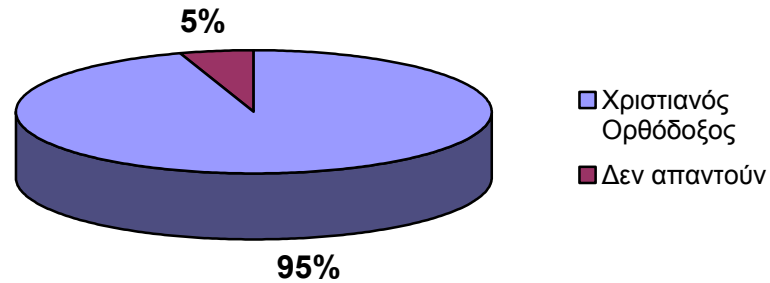
Το δείγμα της έρευνας, η οποία διεξήχθη σε νοσοκομείο της Αθήνας, αποτέλεσαν μόνο νοσηλεύτριες.

## 2) Ηλικία



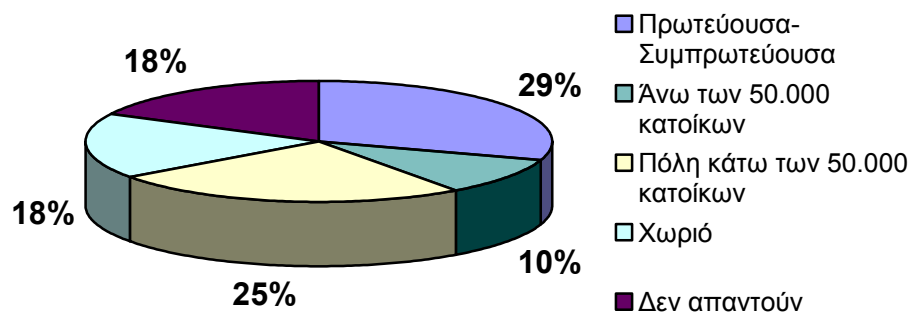
Το 47% του συνόλου των ερωτηθέντων αποτέλεσαν άτομα ηλικίας 20-30 ετών, το 32% άτομα ηλικίας 30-40 ετών, το 18% άτομα ηλικίας 40-50 ετών, ενώ 3% των ερωτηθέντων δεν έδωσε απάντηση.

### 3) Θρήσκευμα



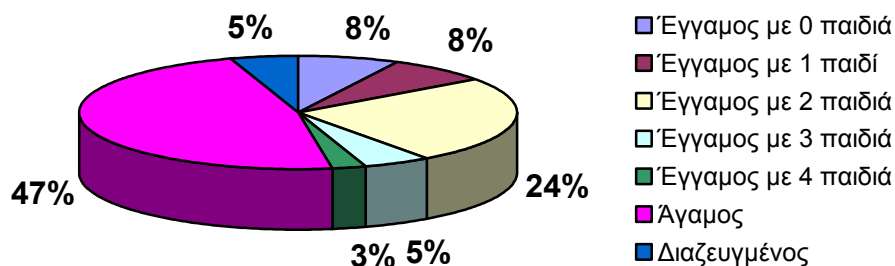
Το 95% δηλώνουν χριστιανοί ορθόδοξοι, ενώ το 5% δεν απαντούν.

### 4) Τόπος καταγωγής



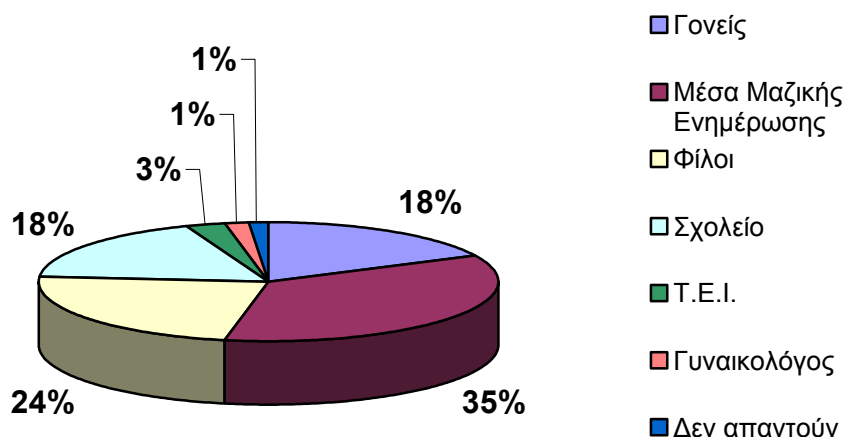
Το 29% κατάγονται από την πρωτεύουσα ή από την συμπρωτεύουσα, το 10% κατάγονται από πόλη άνω των 50.000 κατοίκων, το 25% κατάγονται από πόλη κάτω των 50.000 κατοίκων, το 18% κατάγονται από χωριό, ενώ το 18% δεν έδωσαν καμία απάντηση.

## 5) Οικογενειακή κατάσταση :



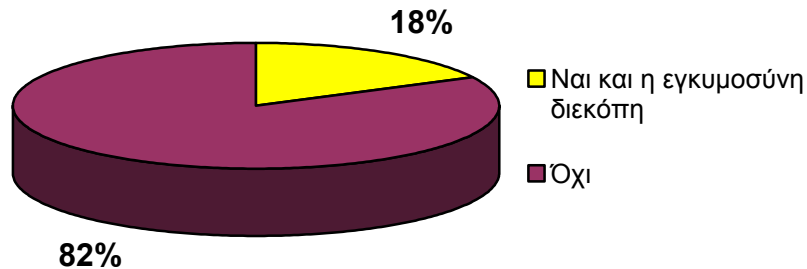
Το 8% δηλώνουν έγγαμοι χωρίς παιδιά, το 8% έγγαμοι με ένα παιδί, το 24% έγγαμοι με 2 παιδιά, το 5% έγγαμοι με 3 παιδιά, το 3% έγγαμοι με 4 παιδιά, το 47% άγαμοι και το 5% διαζευγμένοι.

## 6) Πηγές ενημέρωσης :



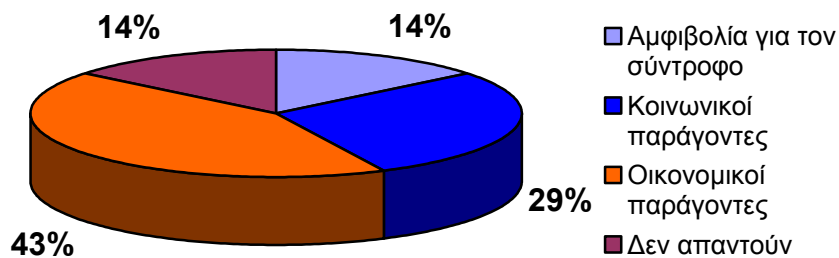
Πηγές ενημέρωσης αποτέλεσαν: οι γονείς σε ποσοστό 18%, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε ποσοστό 35%, οι φίλοι σε ποσοστό 24%, το σχολείο σε ποσοστό 18%, το T.E.I. σε ποσοστό 3%, ο γυναικολόγος σε ποσοστό 1%, ενώ το 1% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν.

## 7) Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ;



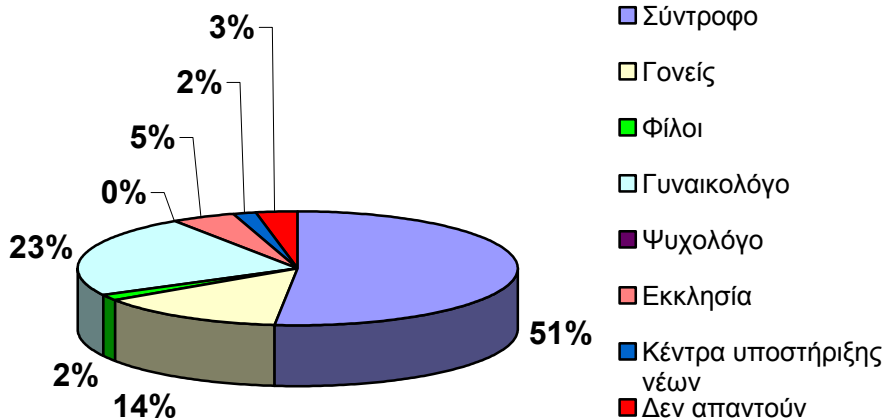
Από τους ερωτηθέντες το 18% αναφέρουν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία και διεκόπη, ενώ το 82% δεν αναφέρουν ανάλογη εμπειρία.

## 8) Ποιοι ήταν οι καθοριστικότεροι παράγοντες για την απόφασή σας ;



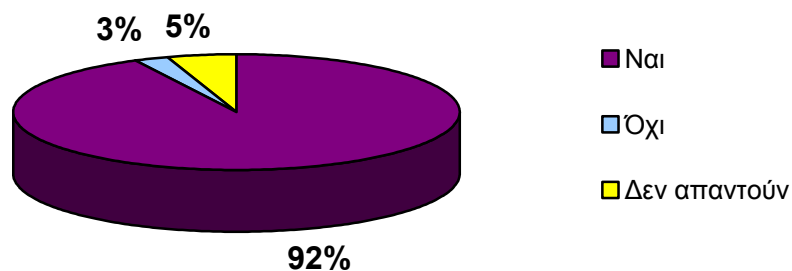
Καθοριστικότεροι παράγοντες για την διακοπή της εγκυμοσύνης υπήρξαν η αμφιβολία για τον σύντροφο κατά 14%, κοινωνικοί παράγοντες κατά 29%, οικονομικοί παράγοντες κατά 43% και το υπόλοιπο 14% δεν αναφέρει κανένα παράγοντα.

**9) Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα απευθυνθείτε ;**



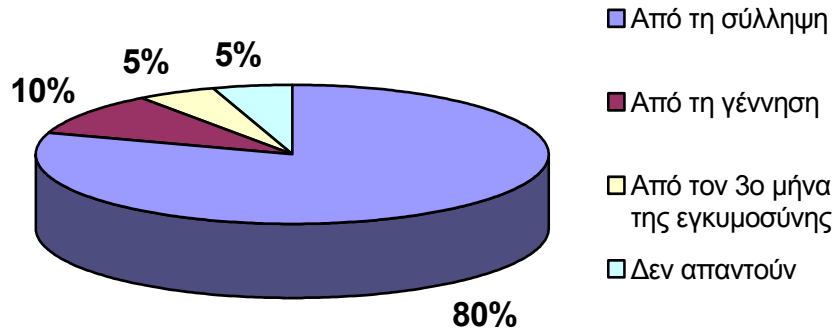
Οι ερωτώμενοι κατά 51% θα απευθύνονταν στο σύντροφο σε ενδεχόμενη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, κατά 14% θα απευθύνονταν στους γονείς, κατά 2% στους φίλους, κατά 23% στο γυναικολόγο, κατά 5% στην εκκλησία, κατά 2% στα κέντρα υποστήριξης νέων, ενώ κατά 3% δεν αναφέρουν. Το συγκεκριμένο δείγμα δεν επιλέγει την ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς.

**10) Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις για την γονιμότητα της γυναίκας ;**



Το 92% του δείγματος έχει γνώση των αρνητικών επιπτώσεων στη γονιμότητα της γυναίκας μετά τη διαδικασία της άμβλωσης, ενώ το 3% δε γνωρίζει και το 5% δεν απαντά.

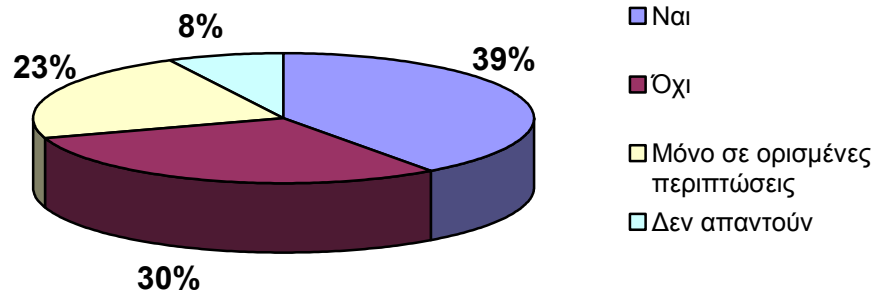
**11) Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψή σας ;**



Το 80% των ερωτηθέντων θεωρεί, ότι η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη σύλληψη, το 10% από τη γέννηση, το 5% από τον 3<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης, ενώ το 5% δεν δίνει απάντηση.

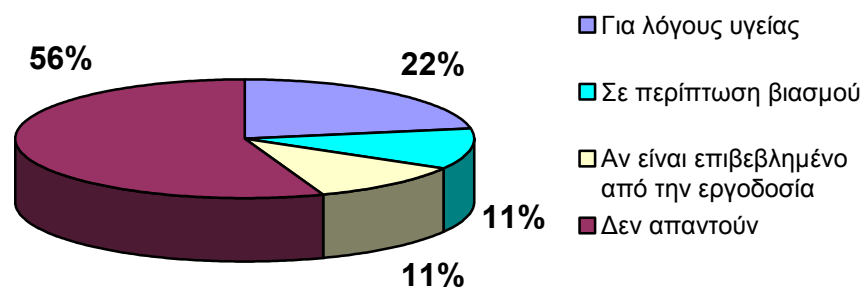


**12α) Αν ο νοσηλευτής δεν συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία ;**



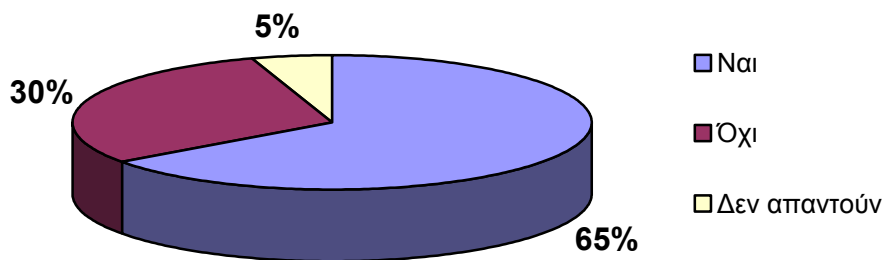
Το 39% δηλώνει, ότι ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία της άμβλωσης, ακόμα και αν διαφωνεί, το 30% υποστηρίζει ότι ο νοσηλευτής δεν πρέπει να συμμετέχει, το 23% θεωρεί ότι πρέπει να συμμετέχει υπό προϋποθέσεις, ενώ το 8% δεν απαντά.

**12β) Αναφέρατε ποιες :**



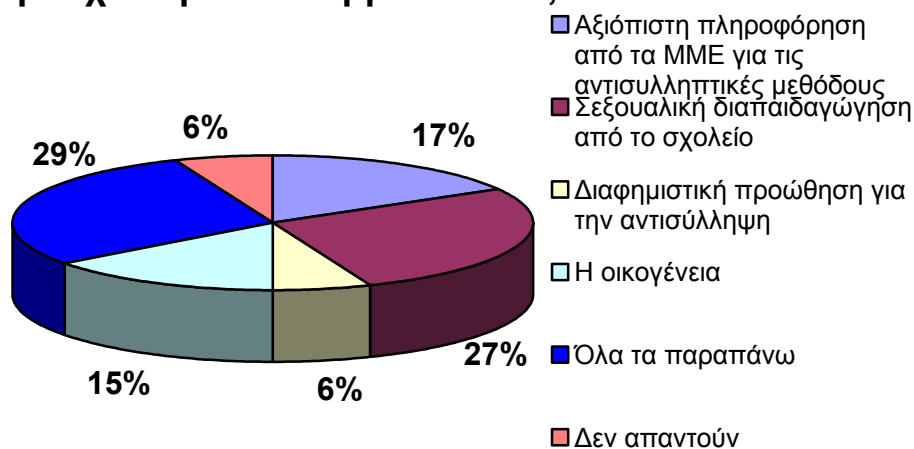
Οι ερωτηθέντες αναφέρουν ως περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο νοσηλευτής δύναται να συμμετάσχει στη διαδικασία της άμβλωσης, τους λόγους υγείας κατά 22%, τον βιασμό κατά 11%, την υποχρέωση από την εργοδοσία κατά 11%, ενώ το 56% δεν αναφέρει.

**13) Συμφωνείτε με την άποψη της Εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία ;**



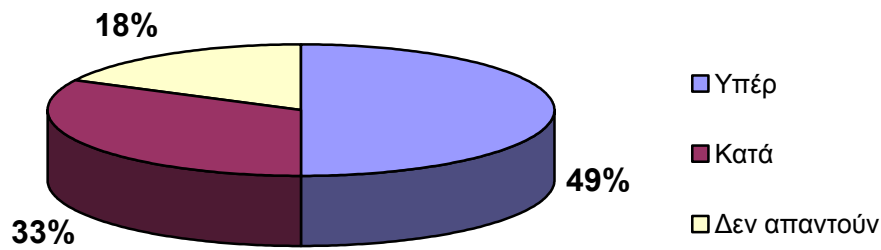
Οι ερωτηθέντες κατά 65% υιοθετούν την άποψη της Εκκλησίας, ότι η έκτρωση ισοδυναμεί με δολοφονική πράξη, κατά 30% διαφωνεί με την άποψη της Εκκλησίας, ενώ το 5% δεν απαντά.

**14) Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα των αμβλώσεων ;**



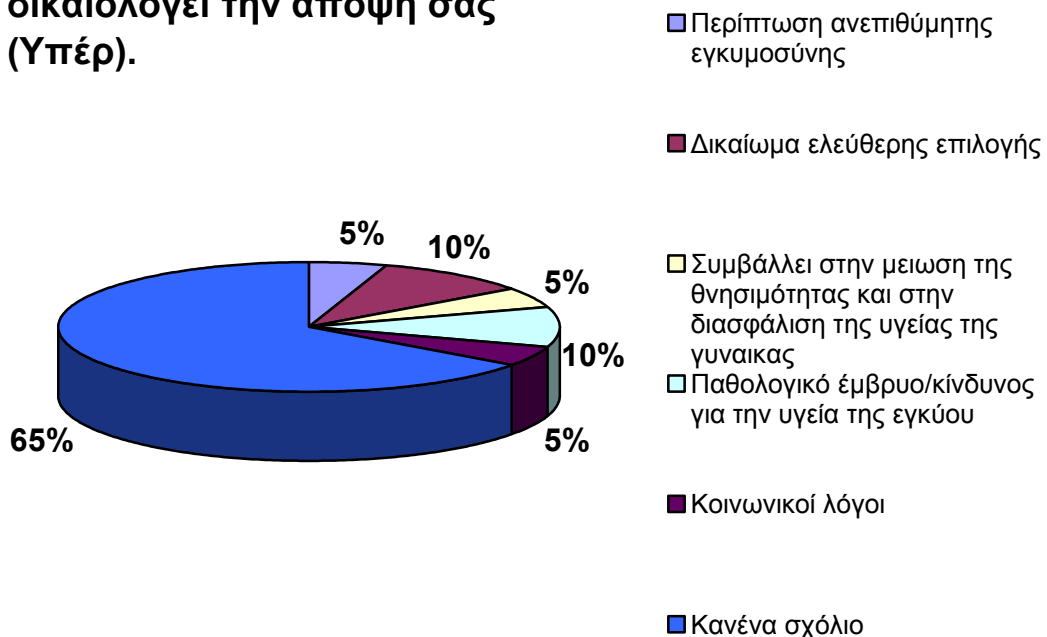
Το 17% θεωρεί, ότι ο περιορισμός της συχνότητας των αμβλώσεων χρήζει αξιόπιστης πληροφόρησης από τα ΜΜΕ για την αντισύλληψη, το 27% σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, το 6% διαφημιστικής προώθησης της αντισύλληψης, το 15% της υποστήριξης της οικογένειας, το 29% όλων των παραπάνω, ενώ το 6% δεν προτείνει κάποιο μέτρο.

**15α) Ποια είναι η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων ;**



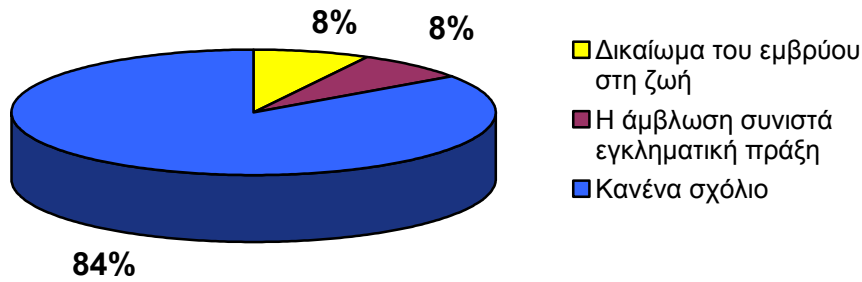
Υπέρ της νομιμοποίησης των αμβλώσεων είναι το 49% των ερωτηθέντων, ενώ το 18% είναι κατά και το 33% δεν απαντά.

**15β)Ενα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψη σας (Υπέρ).**



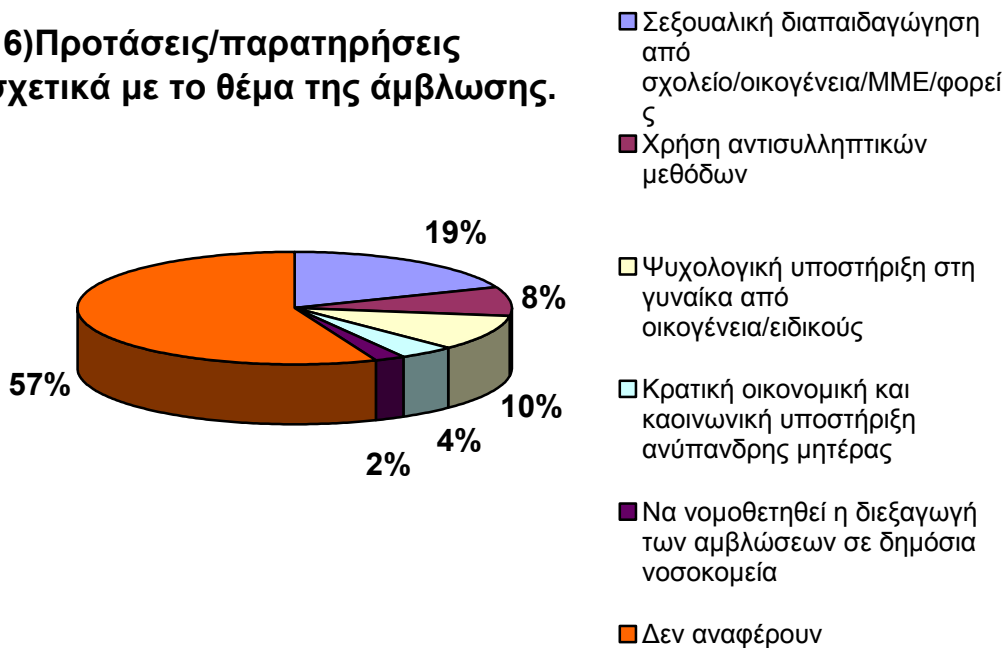
Οι διακεείμενοι υπέρ των αμβλώσεων υποστηρίζουν, ότι η νομιμοποίηση πρέπει να ισχύει είτε σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (5%), είτε γιατί θεωρούν ότι αποτελεί δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ατόμου (10%), είτε γιατί συμβάλλει στη μείωση της θνησιμότητας και τη διασφάλιση της υγείας της γυναίκας (5%), είτε όταν υπεισέρχεται κίνδυνος για την υγεία και τη ζωή του εμβρύου ή της εγκύου (10%), είτε για κοινωνικούς λόγους (5%). Το 65% δεν αιτιολογεί την άποψή του.

**15β) Ένα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψή σας(Κατά).**



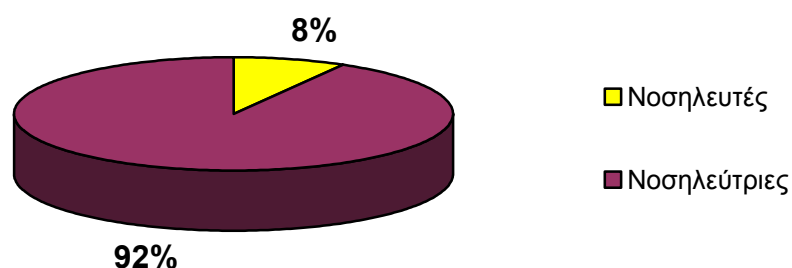
Οι διακεείμενοι κατά της νομιμοποίησης των αμβλώσεων υποστηρίζουν το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή (8%) και την ταύτιση της άμβλωσης με εγκληματική πράξη (8%). Το υπόλοιπο 84% δεν αιτιολογεί την άποψή του.

**16) Προτάσεις/παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης.**



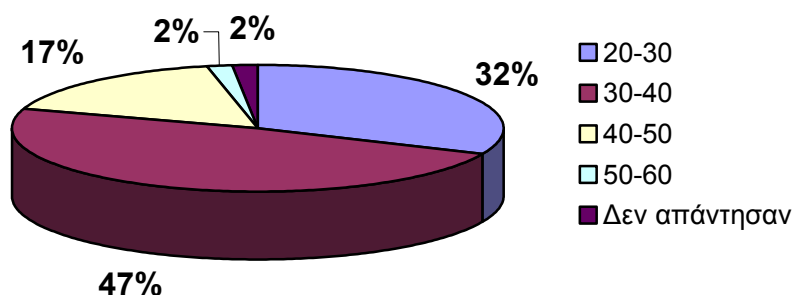
Οι προτάσεις / παρατηρήσεις των ερωτώμενων αφορούν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από το σχολείο, την οικογένεια, τα ΜΜΕ και άλλους φορείς (19%), τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (8%), την ψυχολογική υποστήριξη στη γυναίκα από την οικογένεια ή από ειδικούς (10%), την κρατική, οικονομική και κοινωνική υποστήριξη της ανύπανδρης μητέρας (4%) και τη νομιμοποίηση της διεξαγωγής των αμβλώσεων σε δημόσια νοσοκομεία (2%). Το υπόλοιπο 57% δεν προχώρησε σε κάποια παρατήρηση.

## 1) Φύλο :



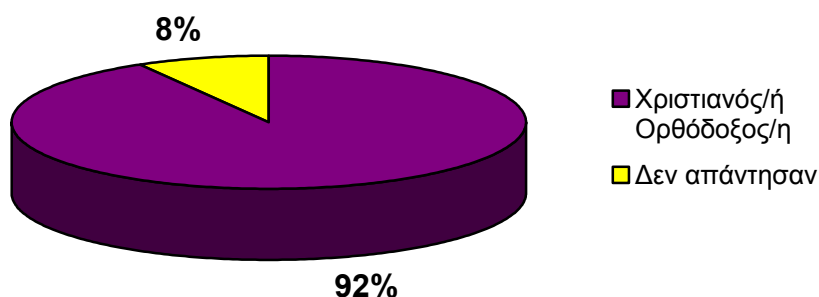
Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κρήτης, αποτέλεσαν νοσηλεύτριες κατά 92% και νοσηλευτές κατά 8%.

## 2) Ηλικία :



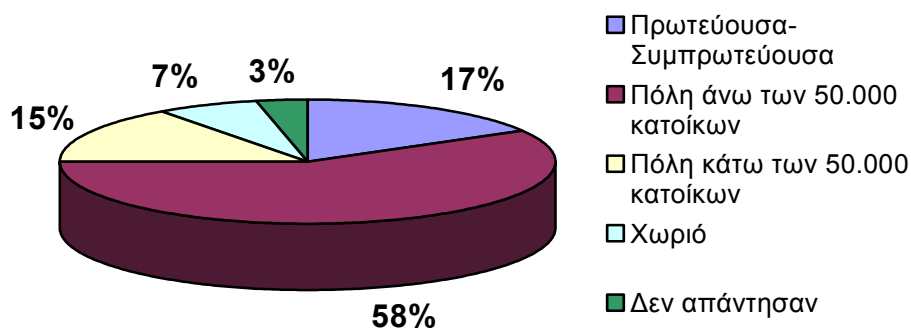
Η ηλικία των ερωτώμενων κυμαίνεται από τα 20 έως τα 30 έτη για το 32%, από τα 30 έως τα 40 έτη για το 47%, από τα 40 έως τα 50 έτη για το 17% , από τα 50 έως τα 60 έτη για το 2%, ενώ το υπόλοιπο 2% δεν αναφέρει ηλικία.

### 3) Θρήσκευμα :



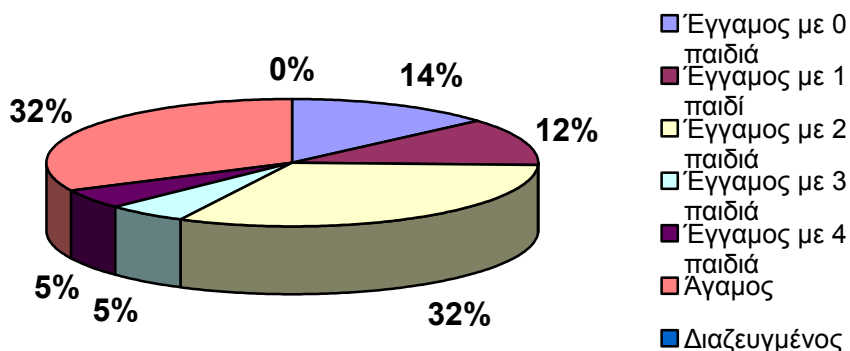
Το 92% των ερωτηθέντων δηλώνουν χριστιανοί ορθόδοξοι, ενώ το υπόλοιπο 8% δεν αναφέρει θρήσκευμα.

### 4) Τόπος καταγωγής :



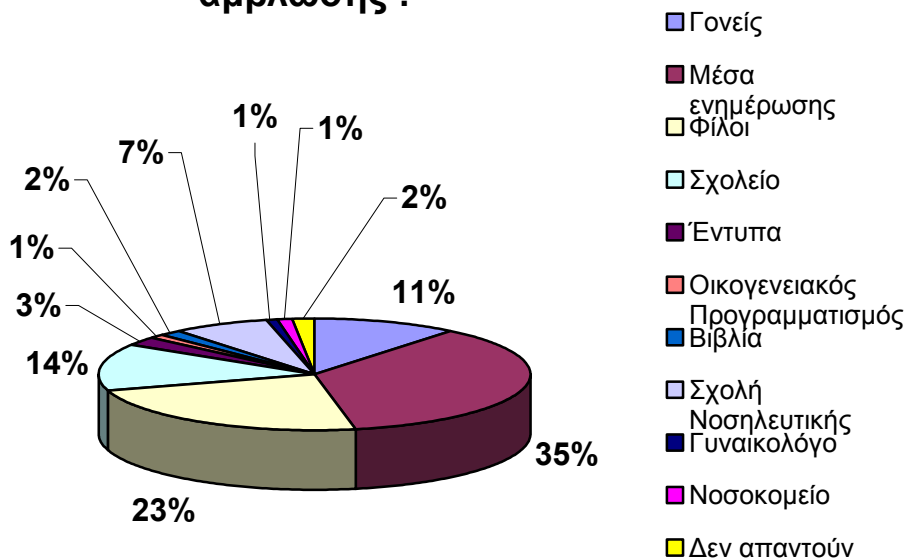
Οι ερωτηθέντες κατάγονται κατά 17% από την πρωτεύουσα ή την συμπρωτεύουσα, κατά 58% από πόλη άνω των 50.000 κατοίκων, κατά 15% από πόλη κάτω των 50.000 κατοίκων, κατά 7% από χωριό, ενώ 3% δεν αναφέρει τόπο καταγωγής.

## 5) Οικογενειακή κατάσταση :



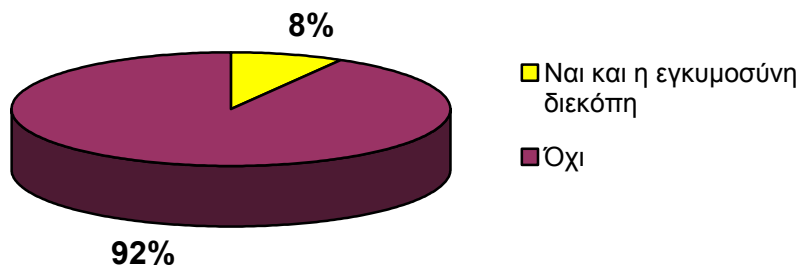
Το 14% είναι έγγαμοι χωρίς παιδιά, το 12% είναι έγγαμοι με 1 παιδί, το 32% είναι έγγαμοι με 2 παιδιά, το 5% είναι έγγαμοι με 3 παιδιά, το 5% είναι έγγαμοι με 4 παιδιά και το 32% είναι άγαμοι.

## 6) Πηγές ενημέρωσης για το θέμα της άμβλωσης :



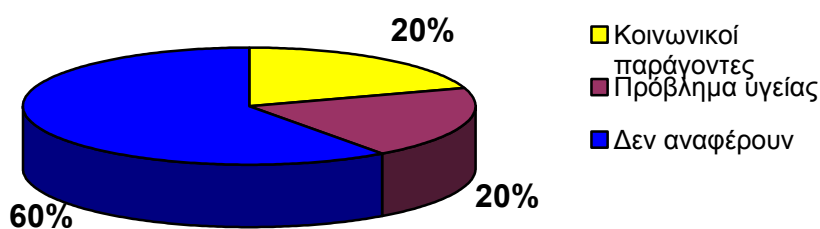
Το 11% ενημερώθηκε για το θέμα της άμβλωσης από τους γονείς, το 35% ενημερώθηκε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το 23% από τους φίλους, το 14% από το σχολείο, το 3% από διάφορα έντυπα, το 1% από κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, το 2% από βιβλία, το 7% από τη σχολή της νοσηλευτικής, το 1% από το γυναικολόγο, το 1% από το νοσοκομείο, ενώ το 2% δεν αναφέρει πηγές ενημέρωσης.

### 7) Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;



Το 8% δήλωσε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και διακοπή της εγκυμοσύνης, ενώ το 92% δεν είχε ανάλογη εμπειρία.

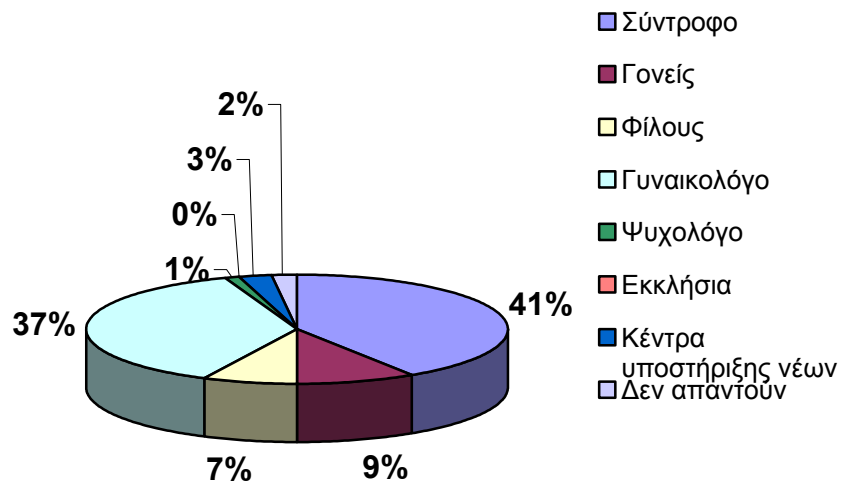
### 8) Ποιοί παράγοντες ήταν καθοριστικοί για την απόφασή σας;



Τα άτομα που προέβησαν σε διακοπή της εγκυμοσύνης, ανέφεραν ως καθοριστικούς παράγοντες για την απόφασή τους κοινωνικούς λόγους κατά 20%, πρόβλημα υγείας κατά 20%, ενώ το 60% δεν ανέφεραν παράγοντες.

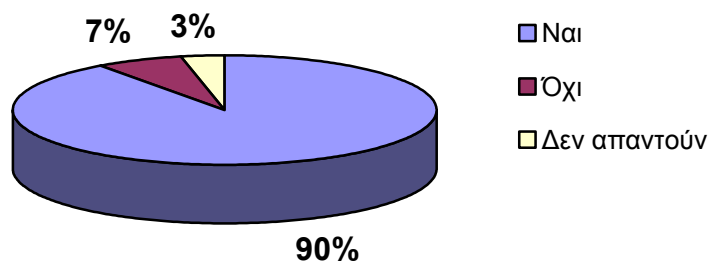


**9) Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα απευθυνθείτε;**



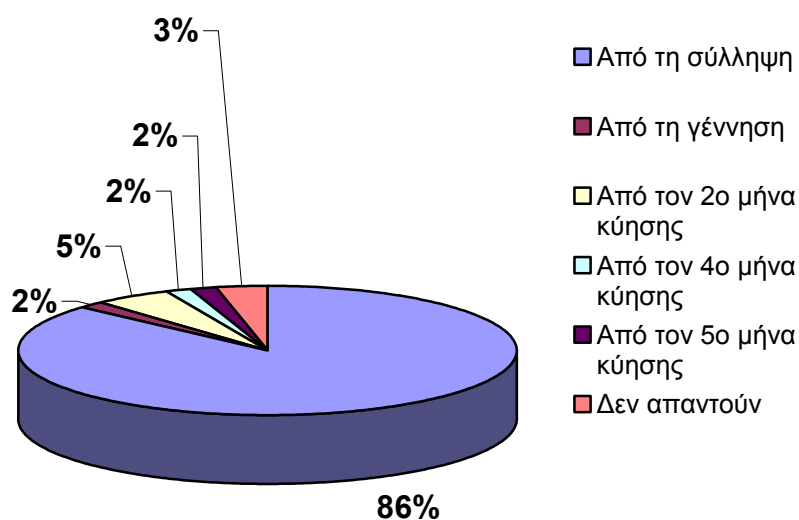
Το 41% θα απευθυνόταν στο σύντροφο σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, το 9% στους γονείς, το 7% στους φίλους, το 37% στο γυναικόλογο, το 1% στον ψυχολόγο και το 3% σε κέντρα υποστήριξης νέων. Κανένας από τους ερωτηθέντες δεν θα απευθυνόταν στην Εκκλησία, ενώ το 2% δεν απαντά.

**10) Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γονιμότητα της γυναίκας;**



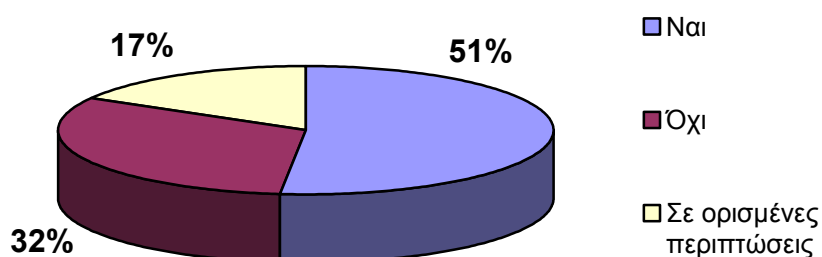
Το 90% έχει γνώση των αρνητικών επιπτώσεων στη γονιμότητα της γυναίκας, το 7% δεν έχει γνώση και το 3% δεν απαντά.

### 11) Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψή σας;



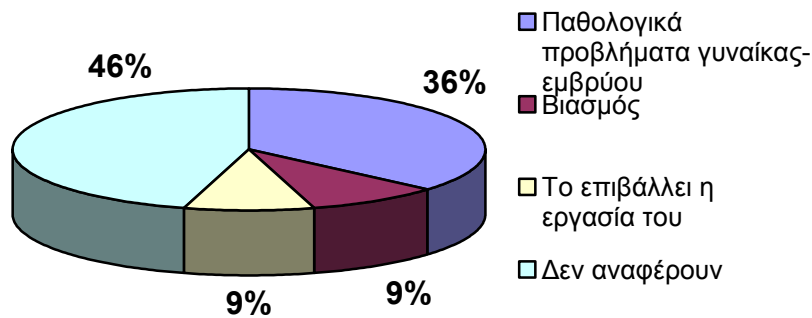
Από τους ερωτηθέντες 86% θεωρούν ότι η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη σύλληψη, 2% από τη γέννηση, 5% από τον 2<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης, 2% από τον 4<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης, 2% από τον 5<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης και 3% δεν απαντούν.

### 12α) Αν ο νοσηλευτής δε συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία;



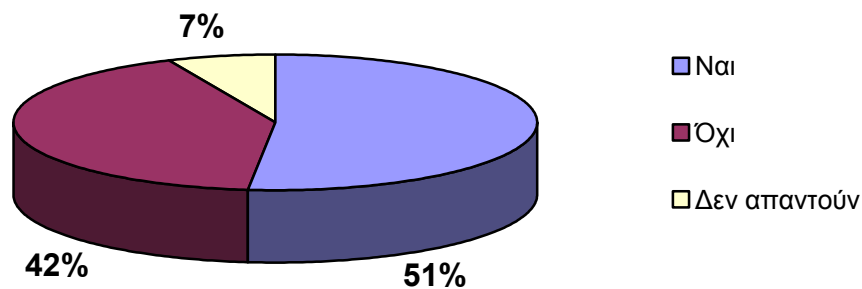
Σύμφωνα με το 51% των ερωτηθέντων ακόμα και αν ο νοσηλευτής είναι αντίθετος με την άμβλωση πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία, ενώ σύμφωνα με το 32% δεν πρέπει να συμμετέχει. Το 17% θεωρεί ότι ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει κατά τη διαδικασία της άμβλωσης μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις.

**12β) Σε ποιές περιπτώσεις ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία της άμβλωσης, αν διαφωνεί;**



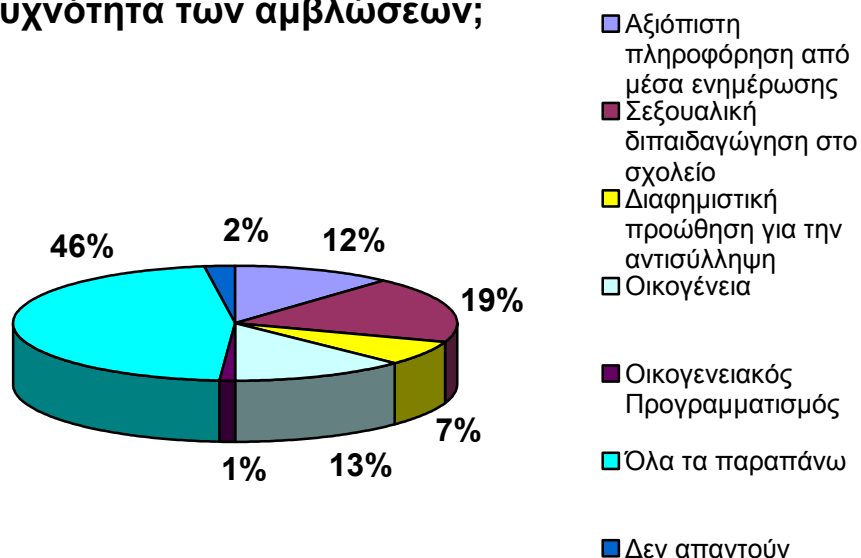
Οι περιπτώσεις αμβλώσεων, στις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει, ακόμα και αν δεν συμφωνεί, είναι οι εξής: παθολογικά προβλήματα της γυναίκας ή του εμβρύου κατά 36%, όταν η εγκυμοσύνη αποτελεί συνέπεια βιασμού κατά 9%, όταν επιβάλλεται στον νοσηλευτή από την εργοδοσία του κατά 9%, ενώ 46% των ερωτηθέντων δεν απαντούν.

**13) Συμφωνείτε με την άποψη της Εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία;**



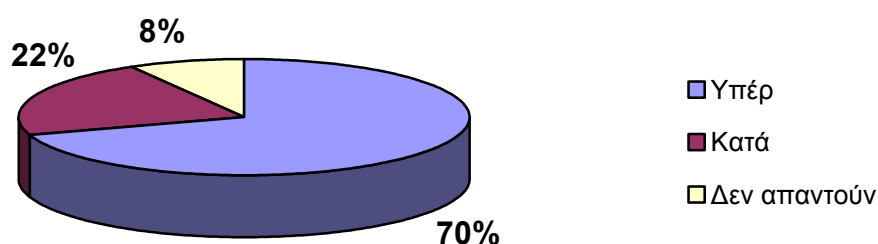
Το 51% των ερωτηθέντων ταυτίζεται με την άποψη της Εκκλησίας ότι η άμβλωση ισοδυναμεί με δολοφονία, ενώ το 42% αντιτίθεται σε αυτήν και το υπόλοιπο 7% δεν απαντά.

**14) Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα των αμβλώσεων;**



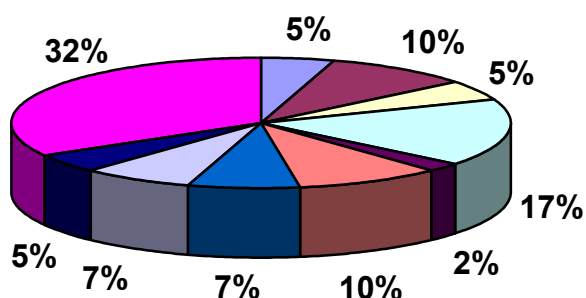
Ως μέτρα περιορισμού των αμβλώσεων προτείνονται η αξιόπιστη ενημέρωση από τα ΜΜΕ (12%), η σεξουαλική διπαιδαγώγηση από το σχολείο (19%), η διαφημιστική προώθηση της αντισύλληψης (7%), η ενημέρωση και η υποστήριξη από την οικογένεια (13%), ο οικογενειακός προγραμματισμός (1%), όλα τα παραπάνω (46%) και 2% δεν απαντούν.

**15α) Ποιά είναι η θέση σας σχετικά με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων;**



Το 70% των ερωτηθέντων είναι υπέρ της νομιμοποίησης των αμβλώσεων, ενώ το 22% κατά και το 8% δεν απαντά.

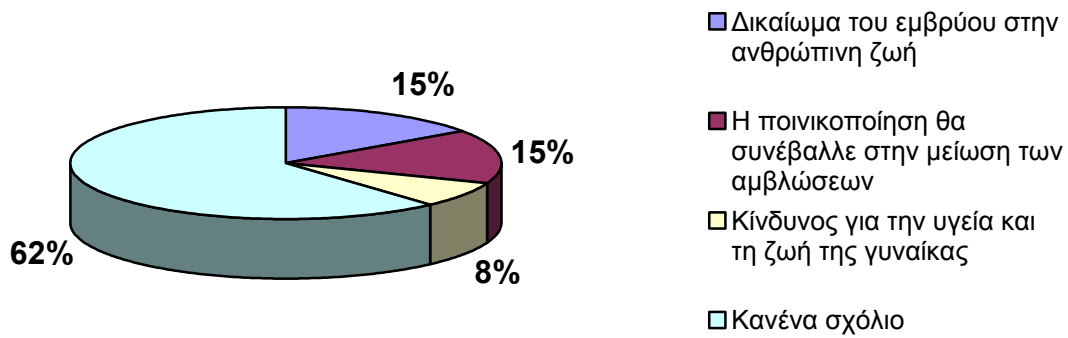
**15β)Ενα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψη σας(Υπέρ).**



- Περίπτωση βιασμού
- Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής
- Ανήλικη ή ανύπανδρη έγκυος
- Μη επιθυμητή εγκυμοσύνη
- Επίτευξη ελέγχου γεννήσεων
- Η διεξαγωγή των αμβλώσεων σε οργανωμένες μονάδες συμβάλλει στη μείωση της θνησιμότητας
- Παθολογικό έμβρυο/κίνδυνος στην υγεία της μητέρας
- Δρα ανασταλτικά στην αύξηση των αμβλώσεων
- Κοινωνικοί λόγοι
- Κανένα σχόλιο

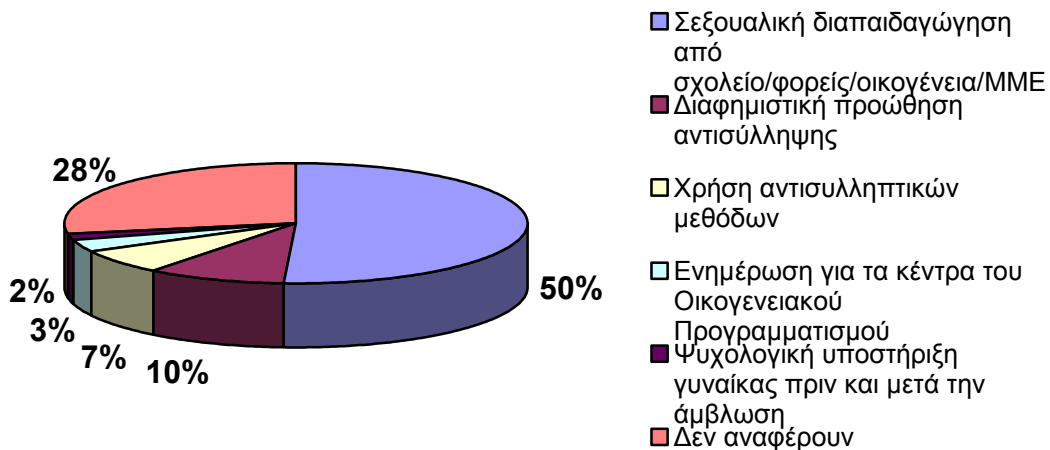
Η αποποινικοποίηση των αμβλώσεων θεωρείται θεμιτή από το 5% των ερωτηθέντων σε περιπτώσεις βιασμού, από το 10% λόγω του ότι η διακοπή ή μη της εγκυμοσύνης αποτελεί δικαίωμα της γυναίκας, από το 5% όταν η έγκυος είναι ανήλικη ή ανύπανδρη, από το 17% όταν η εγκυμοσύνη είναι μη επιθυμητή, από το 2% ως μέσο για να επιτευχθεί ο έλεγχος των γεννήσεων, από το 10% λόγω του ότι η διενέργεια των αμβλώσεων σε οργανωμένες νοσοκομειακές ομάδες θα συμβάλλει στην μείωση της θνησιμότητας των γυναικών, από το 7% σε περιπτώσεις κατά τις οποίες παρουσιάζονται προβλήματα στο έμβρυο ή στην έγκυο, από το 7% λόγω του ότι η αποποινικοποίηση θα ασκήσει ανασταλτική δράση στην αύξηση των εκτρώσεων, από το 5% για κοινωνικούς λόγους. Το 32% δεν απαντά.

**15β)Ενα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψή σας(Κατά).**



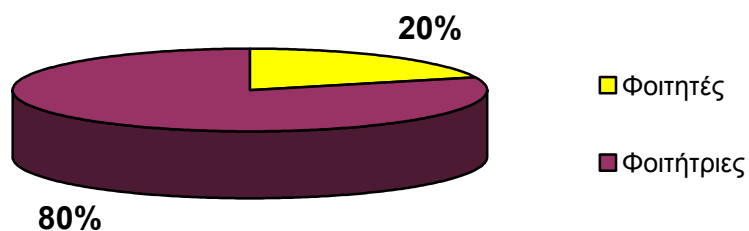
Οι αντιτιθέμενοι στην νομιμοποίηση των εκτρώσεων αιτιολογούν την άποψη τους προβάλλοντας το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή κατά 15%, τη συμβολή της ποινικοποίησης των αμβλώσεων στην μείωση τους κατά 15%, τον κίνδυνο που ενέχουν οι εκτρώσεις για την υγεία και τη ζωή της γυναίκας κατά 8%, ενώ το 62% δεν αιτιολογούν την άποψη τους.

**16)Προτάσεις/παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης.**



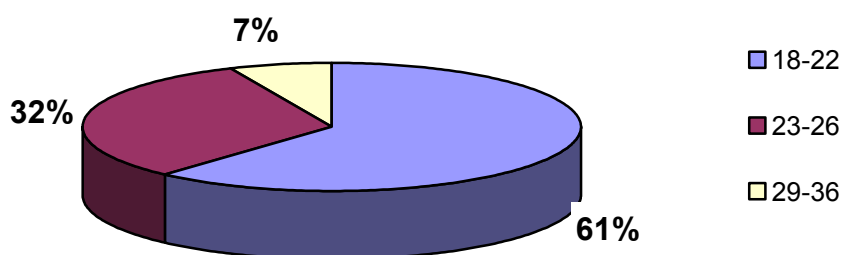
Το 50% των ερωτηθέντων παρατηρεί και προτείνει σχετικά με τις αμβλώσεις τη σημασία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από το σχολείο, την οικογένεια, τα MME και άλλους φορείς, το 10% συμφωνεί στην διαφημιστική προώθηση της αντισύλληψης, το 7% τονίζει την χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, το 3% δίνει έμφαση στην ενημέρωση από τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, το 2% προτείνει την ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας πριν και μετά την άμβλωση, ενώ το 28% προχωρά σε παρατηρήσεις.

### 1) Φύλο :



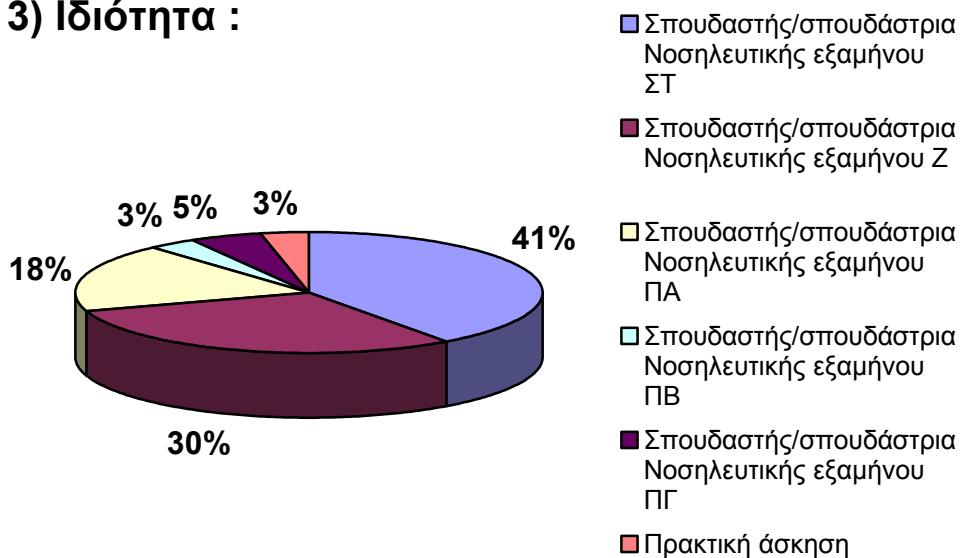
Το 80% του δείγματος αποτελείται από φοιτήτριες και το 20% από φοιτητές.

### 2) Ηλικία :



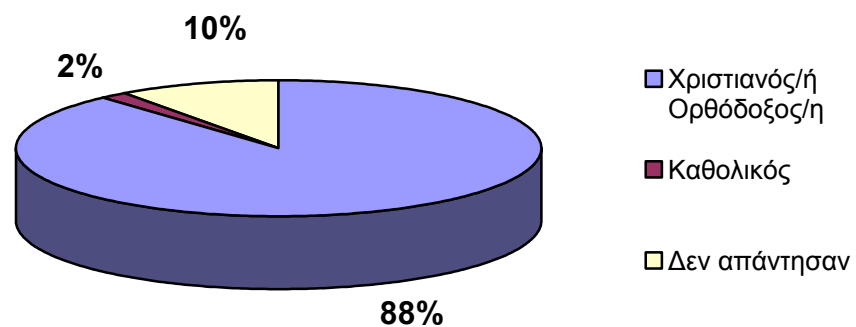
Το 61% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας από 18 έως 20 ετών, το 32% από 23 έως 26 ετών και το 7% από 29 έως 36 ετών.

### 3) Ιδιότητα :



Το 41% των ερωτώμενων είναι σπουδαστές-τριες Νοσηλευτικής ΣΤ εξαμήνου, το 30% Ζ, το 18% ΠΑ, το 3% ΠΒ, το 5% ΠΓ και το υπόλοιπο 3% διανύουν το εξάμηνο της πρακτικής τους άσκησης.

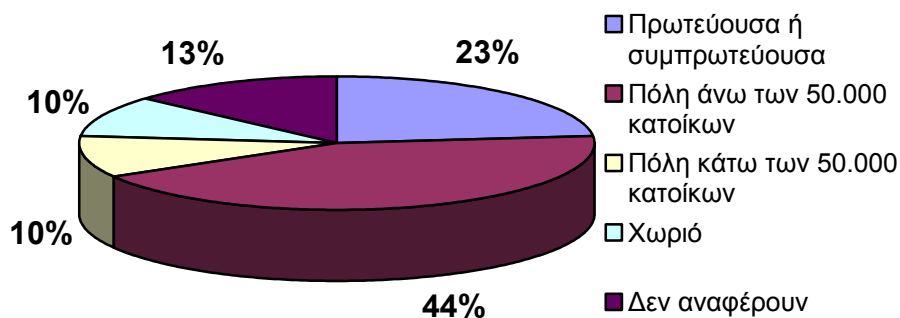
### 4) Θρήσκευμα :



Οι χριστιανοί-ορθόδοξοι καταλαμβάνουν το 88% του δείγματος, οι καθολικοί το 2% ενώ 10% δεν απαντούν.

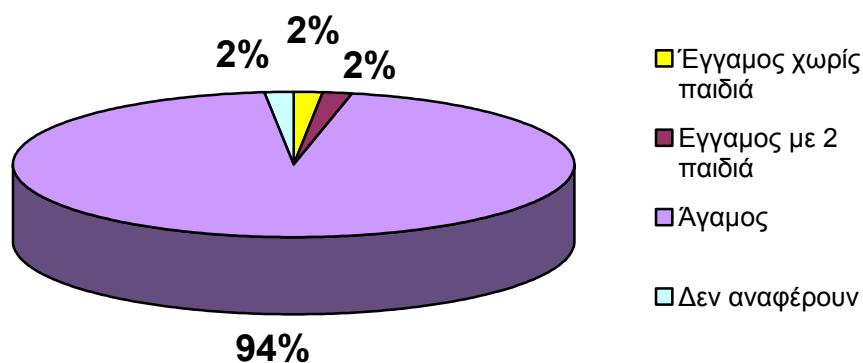


## 5) Τόπος καταγωγής :



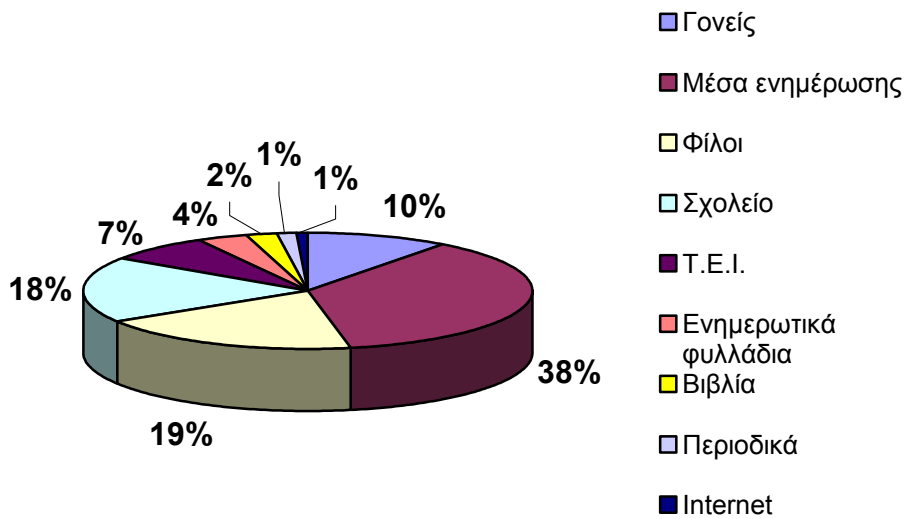
Το 23% των ερωτηθέντων κατάγονται από την πρωτεύουσα ή την συμπρωτεύουσα, το 44% από πόλη άνω των 50.000 κατοίκων, το 10% από πόλη κάτω των 50.000 κατοίκων, το 10% από χωριό και το υπόλοιπο 13% δεν αναφέρουν.

## 6) Οικογενειακή κατάσταση :



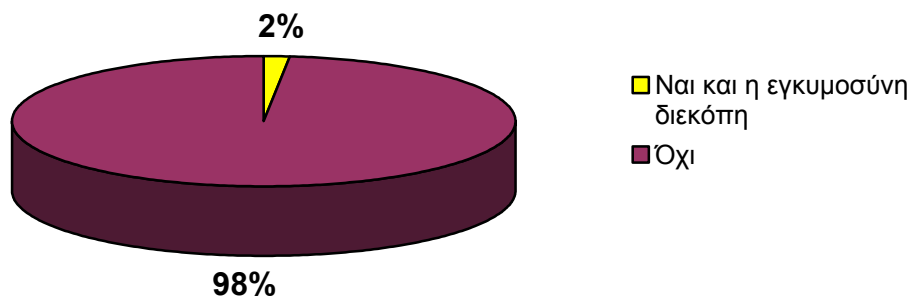
Η πλειονότητα των φοιτητών-τριών είναι άγαμοι (94%), ενώ 2% είναι έγγαμοι χωρίς παιδιά, 2% είναι έγγαμοι με 2 παιδιά και 2% δεν αναφέρουν.

## 7) Πηγές ενημέρωσης για το θέμα της άμβλωσης :



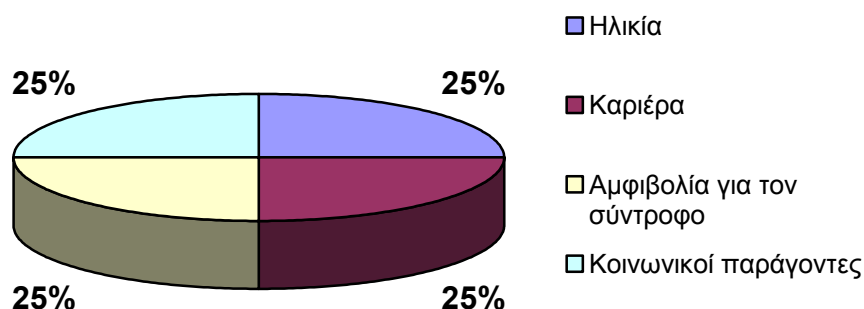
Πηγές ενημέρωσης αποτέλεσαν οι γονείς κατά 10%, τα ΜΜΕ κατά 38%, οι φίλοι κατά 19%, το σχολείο κατά 18%, το Τ.Ε.Ι. κατά 7%, ενημερωτικά φυλλάδια κατά 4%, βιβλία κατά 2%, περιοδικά κατά 1%, και το Internet κατά 1%.

## 8) Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ;



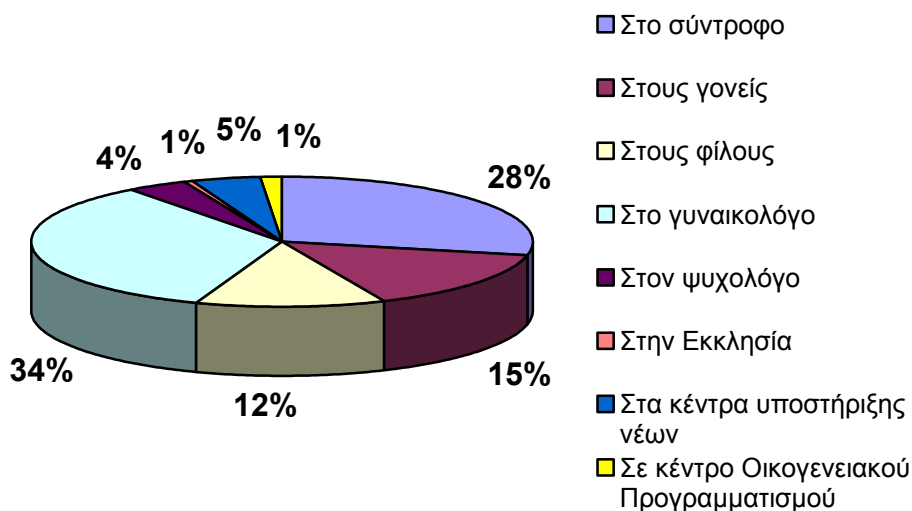
Μόνο το 2% αναφέρει εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και διακοπής της.

**9) Ποιοί παράγοντες ήταν καθοριστικοί για την απόφασή σας;**



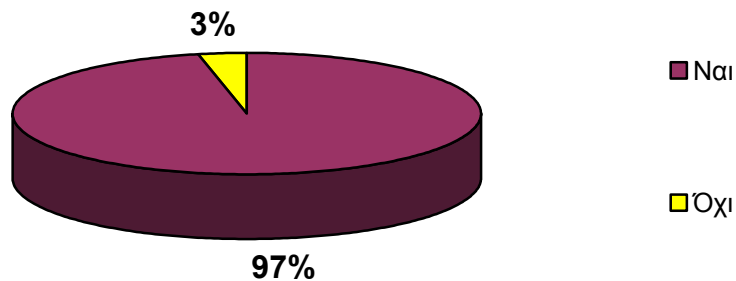
Καθοριστικοί παράγοντες για την διακοπή της κύησης αποτέλεσαν η ηλικία κατά 25%, η καριέρα κατά 25%, η αμφιβολία για τον σύντροφο κατά 25% και κοινωνικοί λόγοι κατά 25%.

**10) Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα απευθυνθείτε ;**



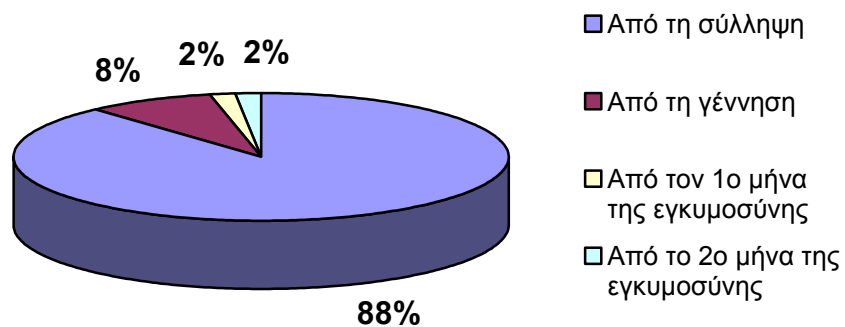
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης το 28% θα απευθυνόταν στον σύντροφο, το 15% στους γονείς, το 12% στους φίλους, το 34% στο γυναικολόγο, το 4% στον ψυχολόγο, το 1% στην Εκκλησία, το 5% σε κέντρα υποστήριξης νέων και το 1% σε κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

**11) Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γονιμότητα της γυναίκας ;**



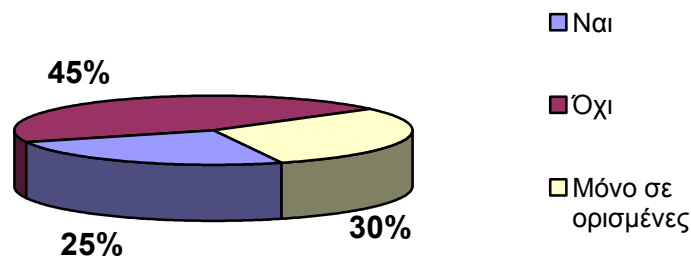
Το 97% έχουν γνώση των αρνητικών επιπτώσεων της άμβλωσης στη γονιμότητα της γυναίκας, ενώ το 3% δεν έχει ανάλογη γνώση.

**12) Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψή σας ;**



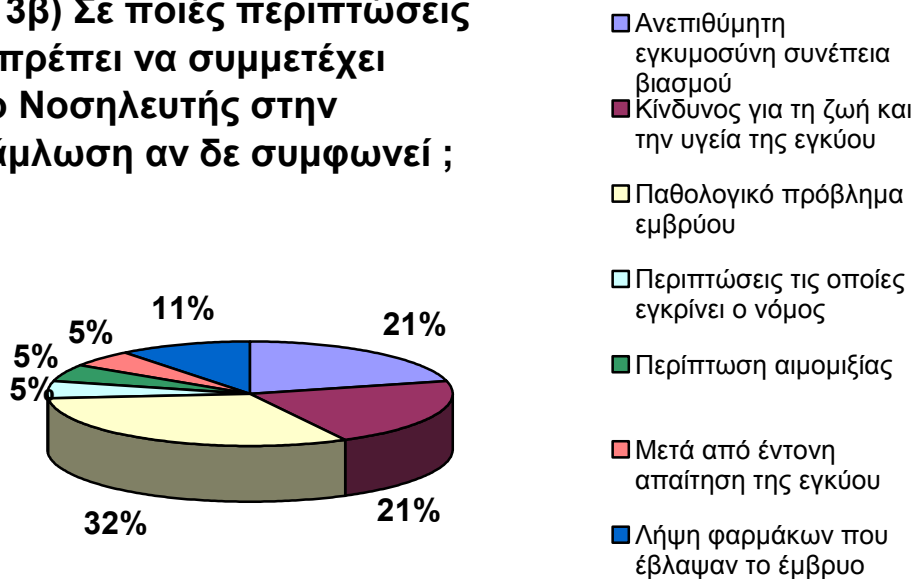
Το 88% υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη σύλληψη, το 8% από τη γέννηση, το 2% από τον 1<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης και το 2% από το 2<sup>ο</sup> μήνα .

**13α) Αν ο Νοσηλευτής δε συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία ;**



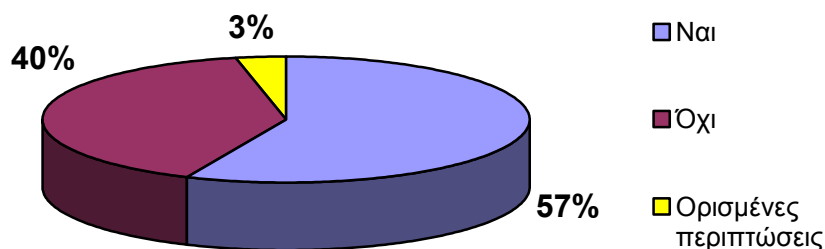
Οι φοιτητές-τριες θεωρούν κατά 25% ότι ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία της άμβλωσης ακόμα και αν δεν συμφωνεί, κατά 45% ότι δεν πρέπει να συμμετέχει, ενώ το 30% θεωρεί τη διαδικασία θεμιτή μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις.

**13β) Σε ποιές περιπτώσεις πρέπει να συμμετέχει ο Νοσηλευτής στην άμβλωση αν δε συμφωνεί ;**



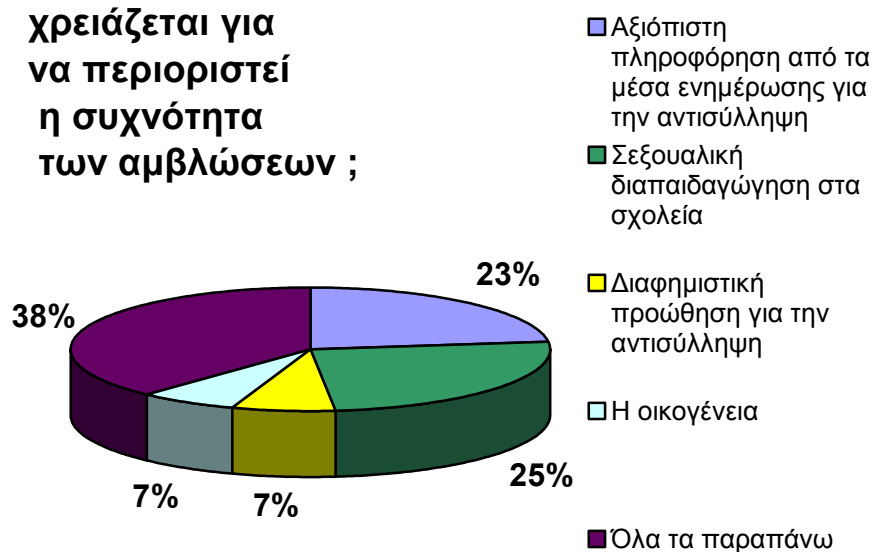
Το 21% θεωρεί ότι ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία της άμβλωσης σε περίπτωση βιασμού, το 21% όταν συντρέχει κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία της εγκύου, το 32% σε περίπτωση παθολογικού κήματος, το 5% σε περιπτώσεις τις οποίες εγκρίνει ο νόμος, το 5% σε περίπτωση αιμομιξίας, το 5% μετά από έντονη απαίτηση της εγκύου και το υπόλοιπο 11% μετά από λήψη φαρμάκου που είχε βλαπτικές συνέπειες για το κήτημα.

**14) Συμφωνείτε με την άποψη της Εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία ;**



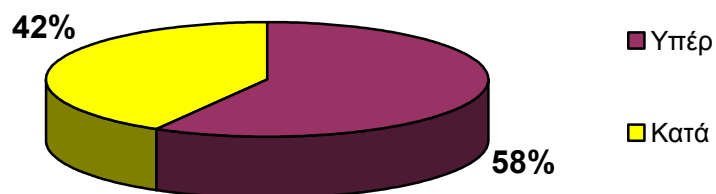
Το 57% συγκλίνει με την άποψη της Εκκλησίας ότι η άμβλωση είναι δολοφονία, ενώ το 40% διαφωνεί και το 3% εξαιρεί ορισμένες περιπτώσεις, τις οποίες δε θεωρεί δολοφονία.

**15) Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα των αμβλώσεων ;**



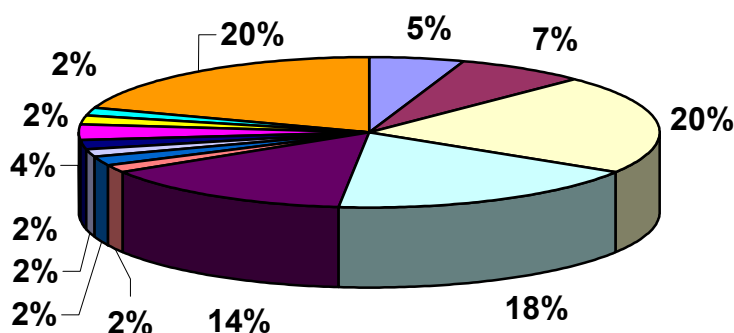
Προκειμένου να μετριαστεί η συχνότητα του φαινομένου, το 23% συνιστά την αξιόπιστη πληροφόρηση από τα ΜΜΕ για την αντισύλληψη, το 25% τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από το σχολείο, το 7% τη διαφημιστική προώθηση της αντισύλληψης, το 7% την υποστήριξη και την ενημέρωση από την οικογένεια και το 38% όλα τα προαναφερθέντα.

**16α) Ποιά είναι η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων ;**



Το 58% των φοιτητών-τριών υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων, ενώ το 42% εναντιώνονται στη νομιμοποίηση.

**16β) Ένα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψή σας(Υπέρ).**

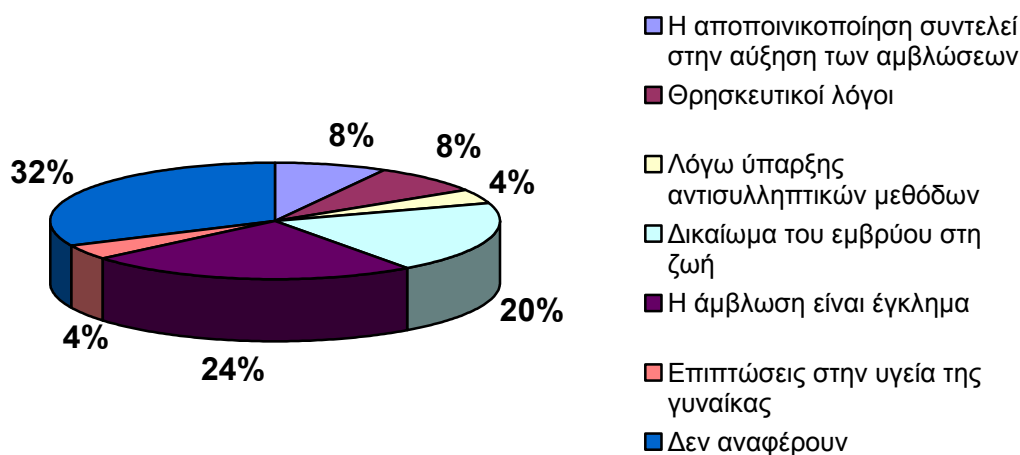


- Οικονομική δυσχέρεια
- Δικαίωμα προσωπικής επιλογής
- Παθολογικό έμβρυο ή κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου
- Περίπτωση βιασμού
- Ανήλικοι γονείς
- Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Εγκατάλειψη από το σύντροφο
- Κοινωνικοί λόγοι
- Ελλειψη ενημέρωσης
- Περίπτωση αιμομιξίας
- Αποτροπή διεξαγωγής των αμβλώσεων σε παράνομο, ανθυγιεινό περιβάλλον
- Αποτυχία αντισυλληπτικών μεθόδων
- Δεν αναφέρουν

Το 5% των ερωτώμενων τάσσεται υπέρ των αμβλώσεων λόγω οικονομικής δυσχέρειας, το 7% θεωρεί ότι τίθεται θέμα δικαιώματος προσωπικής επιλογής, το 20% σε ενδεχόμενο κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου και σε παθολογία του εμβρύου, το 18% σε περίπτωση βιασμού, το 14% όταν οι γονείς είναι ανήλικοι, το 2% όταν η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη, το 2% σε εγκατάλειψη από το σύντροφο, το 2% για κοινωνικούς λόγους, το 2% όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης, το 4% σε περίπτωση αιμομιξίας, το 2% για την αποτροπή διεξαγωγής των αμβλώσεων σε παράνομο, ανθυγιεινό περιβάλλον, το 2% σε περίπτωση αποτυχίας των αντισυλληπτικών μεθόδων και το 20% δεν αναφέρουν.

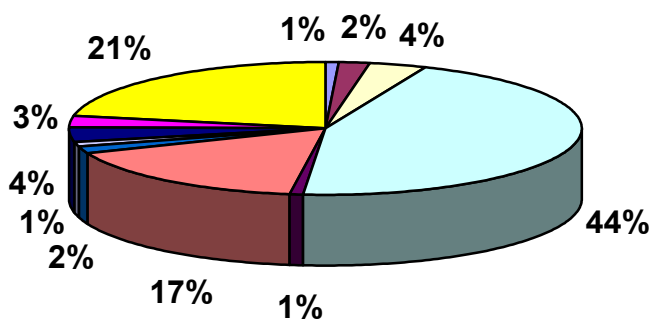


### 16β) Ένα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψή σας(Κατά).



Οι ερωτώμενοι που εναντιώνονται στην αποποινικοποίηση προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα: την αύξηση των αμβλώσεων ως αποτέλεσμα της αποποινικοποίησης (8%), θρησκευτικούς λόγους, (8%), την ύπαρξη των αντισυλληπτικών μεθόδων που δεν δικαιολογεί τις αμβλώσεις (4%), το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή (20%), το ότι η άμβλωση είναι έγκλημα (24%), τις επιπτώσεις από μία τέτοια επέμβαση στην υγεία της γυναίκας (4%), ενώ 32% δεν αναφέρουν.

## 17) Προτάσεις\παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης.



- Αποφυγή άμβλωσης λόγω επιπλοκών
- Οικονομική και κοινωνική προστασία της ανύπανδρης μητέρας
- Μονιμότητα σχέσεων
- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από σχολείο/οικογένεια/ΜΜΕ και άλλους φορείς
- Σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή
- Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων
- Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής
- Εξεύρεση άλλων μεθόδων αντιμετώπισης
- Ψυχολογική υποστήριξη γυναίκας από φορείς/οικογένεια/σύντροφο
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Καμία πρόταση\παρατήρηση

Οι ερωτηθέντες προτείνουν την αποφυγή της άμβλωσης λόγω των επιπλοκών που είναι δυνατόν να προκαλέσει στην γυναίκα(1%), υποστηρίζουν την οικονομική και κοινωνική προστασία της ανύπανδρης μητέρας (2%), τη μονιμότητα στις σχέσεις (4%), τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από το σχολείο την οικογένεια και άλλους φορείς (44%), τονίζουν ότι η ανθρώπινη ζωή πρέπει να τυγχάνει του σεβασμού όλων (1%), την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (17%), παρατηρούν ότι η άμβλωση αποτελεί δικαίωμα της γυναίκας (2%), προτείνουν την εξεύρεση άλλων μεθόδων αντιμετώπισης (1%), την ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας από την οικογένεια, τον σύντροφο και άλλους φορείς, προτείνουν τον οικογενειακό προγραμματισμό ως μέσο ενημέρωσης (3%), ενώ το 21% δεν προχωρούν σε κάποια παρατήρηση.

## Συμπεράσματα :

Γίνεται σαφές, ότι την κύρια πηγή ενημέρωσης των νοσηλευτών και των φοιτητών για το θέμα της άμβλωσης αποτελούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Ακολουθούν σε μικρότερα ποσοστά οι φίλοι, το σχολείο και η οικογένεια. Εντύπωση προκαλεί ο αμελητέος αριθμός των ατόμων, τα οποία αναφέρουν ως πηγή ενημέρωσης τους το σχολείο ή στην περίπτωση των φοιτητών την σχολή, γεγονός που οδηγεί στην διαπίστωση της απουσίας της έγκυρης πληροφόρησης από κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης για το τόσο σημαντικό αυτό ζήτημα.

Η πλειονότητα των νοσηλευτών και φοιτητών δεν είχε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και διακοπής της, ωστόσο, τα περιστατικά αμβλώσεων που αντιστοιχούν στην μειοψηφία εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο δείγμα των νοσηλευτών της Αθήνας, ενώ ακολουθούν οι νοσηλευτές της Κρήτης και τελευταίοι οι φοιτητές. Οι παράγοντες που επέδρασαν καθοριστικά στην απόφαση υπέρ της έκτρωσης, διαφοροποιούνται ανάμεσα στα δείγματα. Σε μια τόσο μεγάλη πόλη όπως η Αθήνα, όπου κυριαρχεί η ανωνυμία, οι οικονομικοί παράγοντες προβάλλονται ως οι βασικοί παράμετροι, ενώ αντίθετα στην περισσότερο κλειστή κοινωνία της Κρήτης οι κοινωνικοί παράγοντες αποδεικνύεται ότι ασκούν μεγαλύτερη βαρύτητα στην απόφαση να συνεχιστεί ή όχι η εγκυμοσύνη. Οι κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν τη δεύτερη κατά σειρά επιλογή του δείγματος των Αθηνών ενώ οι οικονομικοί παράγοντες δεν αναφέρονται στο δείγμα της Κρήτης. Άλλοι παράγοντες, όπως η αμφιβολία για το σύντροφο και τα προβλήματα υγείας εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα στο δείγμα.

Οι απόψεις των νοσηλευτών, όσον αφορά το άτομο ή το φορέα, στον οποίο θα απευθυνθούν σε ενδεχόμενη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, συγκλίνουν στο πρόσωπο του συντρόφου. Ο γυναικολόγος, οι γονείς και οι φίλοι συγκεντρώνουν επίσης υψηλά ποσοστά. Αντίθετα, φαίνεται ότι οι φοιτητές δείχνουν μία σαφή προτίμηση προς τον γυναικολόγο, ενώ ακολουθούν ο σύντροφος, οι γονείς και οι φίλοι.

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι γνωρίζει τις αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες προκαλούνται από την χειρουργική διαδικασία της άμβλωσης, στην υγεία και κατά συνέπεια στην γονιμότητα της γυναίκας.

Οι περισσότεροι συμφωνούν, ότι η ανθρώπινη ζωή υφίσταται από την στιγμή της σύλληψης, αν και κάποιοι τοποθετούν την έναρξή της, στον 1<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης, στον 2<sup>ο</sup>, στον 3<sup>ο</sup>, στον 4<sup>ο</sup>, στον 5<sup>ο</sup> και στην γέννηση. Θα ήταν λογική ίσως, η υπόθεση ότι εφόσον οι περισσότεροι θεωρούν τη σύλληψη ως αρχή της ζωής, θα ήταν επόμενο να θεωρούν την άμβλωση ως εγκληματική πράξη, όπως υποστηρίζει και

η Εκκλησία. Όμως, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, αν και όχι το μεγαλύτερο, δεν ενστερνίζονται την άποψη της Εκκλησίας, ότι η άμβλωση αποτελεί εγκληματική ενέργεια κατά της ανθρώπινης ζωής.

Η αποποινικοποίηση των αμβλώσεων υποστηρίζεται από τους περισσότερους και ιδιαίτερα τους νεότερους. Η αποποινικοποίηση θεωρείται δικαιολογημένη καθώς η επιλογή μεταξύ μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και της διακοπής της, αποτελεί δικαίωμα της γυναίκας ή του ζευγαριού. Επίσης, είναι θεμιτή σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το έμβρυο παρουσιάζει παθολογικά προβλήματα, η εγκυμοσύνη ενέχει κινδύνους για την ζωή της γυναίκας, η κύηση είναι αποτέλεσμα βιασμού, οι γονείς είναι ανήλικοι, υπάρχει οικονομική δυσχέρεια και συντρέχουν διάφοροι κοινωνικοί λόγοι. Κάποιοι τάσσονται κατά της αποποινικοποίησης, διότι θεωρούν το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή αναφαίρετο και την έκτρωση εγκληματική ενέργεια. Η θέση τους ενδυναμώνεται επίσης, με την επίκληση θρησκευτικών λόγων και με την άποψη ότι η ποινικοποίηση των αμβλώσεων θα είχε κατασταλτική επίδραση στην αύξηση των αμβλώσεων.

Επομένως, οι περισσότεροι πρεσβεύουν, ότι η ανθρώπινη ζωή ξεκινά με τη σύλληψη του εμβρύου, θεωρούν την άμβλωση δολοφονία όμως, διατηρούν γενικά θετική στάση έναντι της αποποινικοποίησης των αμβλώσεων. Εξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι ο ρόλος της θρησκείας στη διαμόρφωση των απόψεων των ερωτηθέντων δεν είναι καθοριστικός. Παρά τις ομοιότητες που εμφανίζονται σε ορισμένα σημεία με τις εκκλησιαστικές πεποιθήσεις, εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές.

Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών θεωρούν βέβαιη τη συμμετοχή των αντιτιθέμενων με την έκτρωση στη διεξαγωγή μιας τέτοιας επέμβασης, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός των φοιτητών πιστεύει, ότι αν ο νοσηλευτής αποδοκιμάζει τις αμβλώσεις, δεν υποχρεούται να συμμετάσχει. Κάποιοι όμως, και κυρίως άτομα ανάμεσα στο δείγμα των σπουδαστών, επισημαίνουν, ότι όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, παρά την εναντίωσή του ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να συμμετέχει στην διαδικασία. Οι περιπτώσεις, οι οποίες αναφέρονται με τα μεγαλύτερα ποσοστά, είναι τα προβλήματα εξαιτίας της εγκυμοσύνης που μπορεί να επαπειλούν την υγεία ή τη ζωή της γυναίκας, ο κίνδυνος της γέννησης παιδιού με παθολογικά προβλήματα, μία εγκυμοσύνη αποτέλεσμα βιασμού και η υποχρεωτική συμμετοχή από την εργοδοσία.

Πολλοί από τους ερωτώμενους προτείνουν ως κύριο μέτρο για τον περιορισμό των αμβλώσεων τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία, ενώ ακολουθεί η αξιόπιστη πληροφόρηση από τα ΜΜΕ σχετικά με την αντισύλληψη. Η οικογένεια και η διαφημιστική προώθηση της

αντισύλληψης συγκεντρώνουν τις λιγότερες προτιμήσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό πάντως, συνάδει με την άποψη, ότι τα μέτρα αυτά δεν θα είναι αποτελεσματικά, αν ληφθούν μεμονωμένα και αποσπασματικά, αλλά ότι με την ταυτόχρονη επενέργειά τους θα έχουν μακροχρόνια και περισσότερο επωφελή δράση στη σκέψη και τη συνείδηση όλων, ώστε η άμβλωση να μην καταλήγει ποτέ να αποτελεί τη μόνη ενδεχομένως επιλογή.

Οι σημαντικότερες προτάσεις και παρατηρήσεις στο ζήτημα των εκτρώσεων σχετίζονται κυρίως, με την επισήμανση της σπουδαιότητας της ενημέρωσης των νέων ανθρώπων από οποιοδήποτε φορέα ή αρμόδιο επί του θέματος. Συνεπώς, θεωρούν ότι η καλύτερη πρόληψη είναι η γνώση, την οποία, υπεύθυνοι να προσφέρουν, είναι οι γονείς, το σχολείο, τα ΜΜΕ, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.ά.. Επίσης, καθιστούν απαραίτητη την ευρύτερη διάδοση της χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης και της διαφημιστικής προώθησης της αντισύλληψης ως μέτρο προφύλαξης από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ωστόσο, αν τελικά επέλθει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τότε η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει, ώστε ανάλογα με την περίπτωση (άμβλωση-ανύπανδρη μητέρα-οικονομική δυσχέρεια), η γυναίκα να είναι προστατευμένη με κάθε δυνατό τρόπο.

Η εκπαίδευση θεωρείται από τους περισσότερους ως η καλύτερη πηγή ενημέρωσης για το θέμα και ως το κύριο μέτρο περιορισμού των αμβλώσεων. Συνίσταται κατ' επέκτασιν η έναρξη της διδασκαλίας του μαθήματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της μέσης και ανώτατης εκπαίδευσης. Όσον αφορά στο ζήτημα της άμβλωσης όμως, η διδασκαλία θα πρέπει να θέτει ως αντικειμενικό σκοπό την εντύπωση στη συνείδηση των νέων των κινδύνων, τους οποίους εγκυμονεί η επέμβαση αυτή. Παράλληλα, θα πρέπει να αποφευχθεί ο εκφοβισμός και να προωθηθεί η τοποθέτηση του θέματος σε νέες βάσεις με γνώμονα τον σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή. Κατά συνέπεια οι νέοι, στους οποίους εντοπίζονται τα περισσότερα περιστατικά, θα είναι από νωρίς εξοπλισμένοι με τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να αντιμετωπίζουν το θέμα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Στα ίδια πλαίσια κινείται η ενημέρωση από τα ΜΜΕ. Η συμβολή τους θεωρείται πολύτιμη στο θέμα της πληροφόρησης του κοινού. Αρκετά συχνά όμως, υπάρχουν περιστατικά παραπληροφόρησης ιδιαίτερα σε ζητήματα ιατρικού ενδιαφέροντος λόγω της αναρμοδιότητας και της έλλειψης κατάρτισης των ατόμων που αναλαμβάνουν το έργο της ενημέρωσης. Η εγκυρότητα όμως και η υψηλή ποιότητα του υλικού δημοσίευσης καθώς και η άρτια κατάρτιση των ατόμων που καλούνται να κάνουν κοινό κτήμα τις ειδικές τους γνώσεις, θα πρέπει να θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα

εξυπηρετούνται τα συμφέροντα του συνόλου και θα απολαμβάνουν όλοι τα οφέλη που απορρέουν της αξιόπιστης πληροφόρησης.

## Επίλογος :

Η εξεύρεση άμεσων λύσεων σε ένα θέμα, το οποίο υποστηρίζεται με ιδιαίτερα ένθερμο τρόπο από μεγάλο τμήμα της κοινωνίας, ενώ δέχεται ισχυρότατες επικρίσεις από ένα άλλο, ενδέχεται να μην είναι πραγματοποιήσιμη. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται με την παρατήρηση και τη σύγκριση της κατάστασης που επικρατεί σε διάφορα κράτη ανά τον κόσμο σήμερα σε σχέση με αυτή του παρελθόντος.

Η αντιπαράθεση μεταξύ των αντικρουόμενων απόψεων, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Παράλληλα, καθίσταται απαραίτητη προϋπόθεση, να αποφεύγονται οι ακρότητες και να υιοθετούνται πιο μετριοπαθείς στάσεις απέναντι στο θέμα αυτό. Οι αντίπαλες πλευρές οφείλουν να γεφυρώσουν το χάσμα και να προσεγγίσουν η μία την άλλη σε κλίμα σύμπνοιας και αλληλοσεβασμού.

Όμως για να τεθεί σε εφαρμογή το σχέδιο αυτό, θα πρέπει, όπως άλλωστε προτείνεται και από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, να υπάρξει εκτεταμένη ενημέρωση με έμφαση στους νέους. Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το θέμα σε συνάρτηση με την ηθική του διάσταση, επιβάλλουν το χειρισμό της διάδοσης των πληροφοριών με την μεγαλύτερη δυνατή ευαισθησία.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές αναμφίβολα θα ωφεληθούν από αυτές τις συνθήκες, καθώς θα έχουν τη δυνατότητα να ασκούν τα καθήκοντά τους με περισσότερη ευχέρεια. Η γνώση αποτελεί δύναμη, δίνει διαύγεια νου που οδηγεί σε καλύτερα ισορροπημένες αποφάσεις. Ως επακόλουθο, οι απόψεις τους λόγω της εκπαίδευσής τους θα είναι προκαθορισμένες παρέχοντάς τους τα μέσα, ώστε τη στιγμή του διλήμματος να είναι σε θέση να διακρίνουν την ορθότερη, ανάλογα με την περίπτωση, επιλογή.

**ΤΕΛΟΣ**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

1. Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Εκδόσεις Κ. Καπόπουλος
2. Η άμβλωση είναι θανάτωση. Μοναχός Αββακούμ Αγορείτου, 1988.
3. Π.Π. Παναγιώτου. Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος.]
4. Τα περί κατασκευής του ανθρώπου. Αγίου Γρηγορίου Νύσης.
5. Sheila Rowbotham: Hidden from History, London 1977
6. Διλήμματα και προβληματισμοί στην σύγχρονη νοσηλευτική. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου. Εκδόσεις Ιαβιθά.
7. Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική. Σ.Ε. Καρπάθιος. Εκδόσεις Βήτα.
8. Επίτομη μαιευτική Γυναικολογία και Νοσηλευτική. Παν. Α. Γεωργακόπουλος Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος.
9. Λωλης Δημήτριος Παρισιάνος / 1995. Μαιευτική / Γυναικολογία
10. Σαπиро Παμελα Μετάφραση Σιορφανε Α. Καραχαλιος Γ. Έλλην, 2001. Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική.
11. Berek S. Jonathan, Eli Y. Adashi, Paula A. Hillard. Novak's Gynecology 12<sup>th</sup> Edition, 1996.
12. Speroff L, Glass R, Kase N. Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6<sup>th</sup> Edition, 1999.



13. Bonnie Smith, *Global Feminisms since 1945*, Routledge, London 2000.
14. <http://www.un.org/womenwatch/daw>